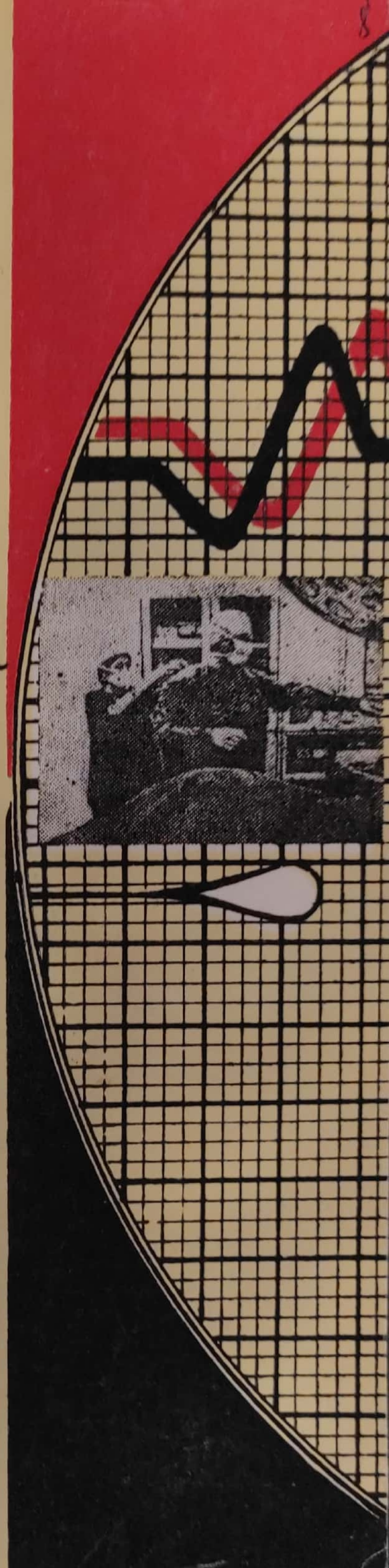
Pius Brînzeu

Gîndirea și îndemînarea în chirurgie





Editura Academiei Române

Academician PIUS BRÎNZEU
Profesor universitar emerit

GÎNDIREA ȘI ÎNDEMÎNAREA ÎN CHIRURGIE



EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE
București, 1992

CUPRINS

CUVÎNT ÎNAINTE

Eforturile mari și îndelungate pe care le cere pregătirea de specialitatei ca și necesitatea existenței unor aptitudini deosebite, printre care inteligența ș, îndemînarea, fac din chirurgie una din cele mai pretențioase profesiuni, iar din chirurg o personalitate marcantă și puternic conturată. În desfășurarea activității spitalicești, chirurgul este solicitat în dubla sa calitate, de clinician și de operator. Sub aspect clinic, problema majoră cu care se confruntă zi de zi este diagnosticul, care îi pune la încercare întreaga capacitate profesională, dar fără putința de a-l stabili întotdeauna cu exactitate. Diagnosticul condiționează prognosticul, adeseori incert, și indicația terapeutică, greu de stabilit și ea în unele cazuri. În ce privește intervenția chirurgicală, aceasta comportă decizii rapide și o execuție tehnică de mare finețe, în care neprevăzutul poate interveni în tot momentul. Pentru a face față variatelor situații în care se poate afla, chirurgul trebuie să învețe mereu, să-și dezvolte continuu facultățile intelectuale, să gîndească corect și, în același timp, să-și perfecționeze manualitatea. În plus, dacă ține să se afirme în profesiune și să se înalțe pe scară ierarhică, este obligat să facă și operă de cercetare, materializată în lucrări științifice, comunicate sau publicate. Și toate acestea fundamentate pe o dragoste nețărmurită de muncă.

Condițiile în care chirurgul își desfășoară astăzi activitatea sînt însă mai grele decît oricînd. Datorită marilor progrese înregistrate în cunoașterea medicală, s-a produs o adevărată inflație a informației. Nu se mai pune problema stocării noilor cunoștințe, ci a stimulării capacității de a le selecta și utiliza. De aici necesitatea unei noi atitudini în desfășurarea activității profesionale, bazată în principal pe perfecționarea continuă a gîndirii. Se tinde tot mai mult spre noi metode de lucru, singure în măsură să facă față avalanșei informaționale. Într-o monografie publicată în 1973 — **Simțul clinic și arta diagnosticului** *— am insistat asupra metodologiei diagnosticului, cu accent pe principiile și regulile logicii, destinate să asigure corectitudinea gîndirii clinice. De atunci au fost efectuate numeroase cercetări privind gîndirea euristică și gîndirea în algoritmi în cazul diagnosticului, aprecierea prognosticului medical în raport cu predicția științifică și evaluarea hotărîrii terapeutice (în înțelegerea pe care logicienii o acordă deciziei). Cît de departe este însă de toate acestea chirurgul, suprasolicitat în muncă și copleșit de răspundere! Dar acesta este drumul pe care se merge și o inițiere în domeniul noilor metode, ca procedee de cercetare și de acțiune practică, chiar dacă este vorba de probleme aparent îndepărtate de practica medicală, devine necesară. Baza pregătirii chirurgicale rămîne mai departe cunoașterea patologiei și pregătirea tehnică în sala de operație, fără*

de care nu poate fi concepută activitatea profesională. Dar și aici survin greutăți tot mai mari. Se înregistrează zilnic progrese în clarificarea proceselor morbide, se identifică noi entități nosologice, apar noi tehnici operatorii pe care trebuie să și le însușească chirurgul.

Problema fundamentală în chirurgie este reprezentată de relația dintre gîndire și acțiune. Gîndirea se manifestă cu precădere la patul bolnavului, dar și în sala de operație, unde are loc acțiunea. În prezent, mișcarea ideilor este mult mai vie în sectorul clinic decît în cel operator. Tehnicile operatorii sînt relativ bine puse la punct, iar noul apare acum ceva mai rar în sălile de operație. La finele secolului trecut, ca urmare a descoperirii anesteziei și a posibilității de prevenire a infecției postoperatorii, s-a produs o adevărată efervescență în domeniul operator. A devenit posibil pentru chirurgi să intervină pe toate organele corpului, să pătrundă în intimitatea țesuturilor și să realizeze intervenții la care înaintașii noștri nici nu ar fi îndrăznit să se gîndească. Noile cuceriri s-au consolidat și astăzi chirurgul evoluează în sala de operație stăpîn pe sine, în măsură să rezolve cu succes variatele situații în care se află.

La finele secolului actual, marele salt se va produce în sectorul clinic. Noile cuceriri ale biologiei merg tot mai în profunzime. De la organe și țesuturi, cercetarea a coborît în prezent la nivel de celulă și de moleculă, iar metodele moderne de investigație, dincolo de cercetare, își pun amprenta și pe procesele intelectuale la care recurge clinicianul în stabilirea diagnosticului, a prognosticului și a indicației operatorii. De aceea, am pus accentul în lucrare pe o prezentare mai detaliată a problemelor cu care se confruntă mereu clinicianul la patul bolnavului, față de activitatea din sala de operație, mai puțin mobilă în domeniul ideilor și mai bine pusă la punct.

Astfel concepută, lucrarea comportă numeroase incursiuni, pe alocuri curajoase, în domenii contigente cu medicina, făcute în scop informativ și din dorința de a contribui la o formare cît mai armonioasă a personalității chirurgului. Sub acest aspect, formația chirurgului este deficitară. El dispune de tratate, monografii, cursuri, toate în spirit analitic, axate pe latura pur practică a profesiunii. Se acordă prea puțină atenție mișcării ideilor și noilor metode de gîndire. Sub acest aspect, în prezenta lucrare se urmărește definirea mai precisă a unor noțiuni, o mai bună coordonare a judecăților și conceptelor și o identificare a elementelor comune diferitelor acțiuni din sala de operație, totul într-o încercare de sinteză intelectuală aplicată disciplinei chirurgicale.



Această lucrare a fost scrisă de un chirurg în liniștea interioară a celui care s-a despărțit de sala de operație. Copleșit de solicitări din afară, de-a lungul unei cariere trăite intens, autorul se întoarce acum spre interior și îmbrățișează cu privirea tot ce a fost frumos, și bucurii și decepții, și trudă și zbucium în profesiune. Și simte nevoia să comunice ceva din propria lui experiență, sub formă de mărturisiri și îndemnuri. Întreaga operă este concepută în scopul de a veni în sprijinul celor aflați la început de carieră, iar cîteva reluări de idei sau digresiuni se datorează faptului că unele probleme sînt evaluate de pe alte poziții decît cele din literatura medicală curentă.

Lucrarea nu este în fond altceva decît o încercare de întrajutorare în profesiune din partea unui cadru didactic încărcat de ani, care vrea să mai fie de folos.

Timișoara, 28 aprilie 1989

APTITUDINILE ȘI INTELIGENȚA ÎN CHIRURGIE

Desfășurarea cu succes a activității în chirurgie implică existența unui grup relativ mare de aptitudini. Cele mai multe dintre ele au un caracter general și sînt comune diferitelor genuri de activitate umană. Altele, în schimb, se dispun într-un grup de aptitudini speciale, a căror dezvoltare asigură succesul în profesiune. Deasupra lor, ca aptitudine generală, valabilă în toate situațiile, se situează inteligența. În cazul chirurgului, atunci cînd se pune problema elaborării diagnosticului, se afirmă inteligența abstractă, în timp ce, în sala de operație, pe prim plan se situează inteligența tehnică. Ca aptitudini speciale, hotărîtoare pentru obținerea performanțelor, sînt de menționat: intuiția, spiritul de observație, capacitatea de reprezentare, imaginația, perspicacitatea (pentru clinician), capacitatea de concentrare, rapiditatea percepției, promptitudinea în decizii și, mai presus de toate, îndemînarea (pentru operator). Dezvoltarea aptitudinilor specifice și a multor altora are loc în decursul activității, care le solicită în cel mai înalt grad. Ea este favorizată de acumularea de cunoștințe și de însușirea deprinderilor și a tehnicilor prin exercițiu, într-o înșiruire neîntreruptă de interacțiuni. Toate acestea merită a fi considerate mai detailat.

Inteligența trebuie apreciată ca fiind factorul principal în obținerea rezultatelor de prestigiu în chirurgie. Ea poate fi considerată ca aptitudine naturală, cu specific personal, pentru că unii chirurgi gîndesc mai repede decît alții și rezolvă mai ușor problemele care se ridică zi de zi în saloanele de bolnavi și în sala de operații. Dar inteligența se manifestă și ca proces psihic, în măsură să rezolve singură, pe cale pur teoretică, situații patologice complexe, practica intervenind doar ca modalitate simplă de confirmare. Iată un exemplu personal, care ilustrează intervenția inteligenței, ca tip de manifestare abstractă, legată de cunoaștere și experiență.

Într-o zi am fost chemat în consult, sînt peste 35 de ani de atunci, în legătură cu un caz internat într-o clinică din București, condusă de profesorul Simion Iagnov. Era vorba de o personalitate, în vîrstă de 65 de ani, suferind de o tromboflebită a unuia din membrele inferioare. Situația bolnavului inspira îngrijorări deoarece starea sa generală se degrada progresiv, își pierduse pofta de mîncare și manifesta chiar unele modificări de caracter. Pe de altă parte, nu se găsea nici o explicație tromboflebitei, lucru ce sta la baza deciziei consultului. Într-o situație de acest gen, orice chirurg se duce cu gîndul la Trousseau. Marele clinician, în prezența unei tromboflebite, și-a pus singur diagnosticul de cancer de stomac. În patologie, astăzi, apariția tromboflebitei la un canceros este considerată ca fiind *semnul lui Trousseau*. În cazul consultului, era evident că, singură, complicația venoasă nu putea explica pierderea apetitului și alterarea stării generale. Gîndeam că, în eventualitatea că factorul etiologic ar fi un proces infecțios, o cardiopatie sau o altă cauză aparținînd medicinii interne, diagnosticul ar fi fost stabilit relativ simplu într-o clinică cu multiple posibilități de investi-

de care nu poate fi concepută activitatea profesională. Dar și aici survin greutăți tot mai mari. Se înregistrează zilnic progrese în clarificarea proceselor morbide, se identifică noi entități nosologice, apar noi tehnici operatorii pe care trebuie să și le însușească chirurgul.

Problema fundamentală în chirurgie este reprezentată de relația dintre gîndire și acțiune. Gîndirea se manifestă cu precădere la patul bolnavului, dar și în sala de operație, unde are loc acțiunea. În prezent, mișcarea ideilor este mult mai vie în sectorul clinic decît în cel operator. Tehnicile operatorii sînt relativ bine puse la punct, iar noul apare acum ceva mai rar în sălile de operație. La finele secolului trecut, ca urmare a descoperirii anesteziei și a posibilității de prevenire a infecției postoperatorii, s-a produs o adevărată efervescență în domeniul operator. A devenit posibil pentru chirurgi să intervină pe toate organele corpului, să pătrundă în intimitatea țesuturilor și să realizeze intervenții la care înaintașii noștri nici nu ar fi îndrăznit să se gîndească. Noile cuceriri s-au consolidat și astăzi chirurgul evoluează în sala de operație stăpîn pe sine, în măsură să rezolve cu succes variatele situații în care se află.

La finele secolului actual, marele salt se va produce în sectorul clinic. Noile cuceriri ale biologiei merg tot mai în profunzime. De la organe și țesuturi, cercetarea a coborît în prezent la nivel de celulă și de moleculă, iar metodele moderne de investigație, dincolo de cercetare, își pun amprenta și pe procesele intelectuale la care recurge clinicianul în stabilirea diagnosticului, a prognosticului și a indicației operatorii. De aceea, am pus accentul în lucrare pe o prezentare mai detaliată a problemelor cu care se confruntă mereu clinicianul la patul bolnavului, față de activitatea din sala de operație, mai puțin mobilă în domeniul ideilor și mai bine pusă la punct.

Astfel concepută, lucrarea comportă numeroase incursiuni, pe alocuri curajoase, în domenii contigente cu medicina, făcute în scop informativ și din dorința de a contribui la o formare cît mai armonioasă a personalității chirurgului. Sub acest aspect, formația chirurgului este deficitară. El dispune de tratate, monografii, cursuri, toate în spirit analitic, axate pe latura pur practică a profesiunii. Se acordă prea puțină atenție mișcării ideilor și noilor metode de gîndire. Sub acest aspect, în prezenta lucrare se urmărește definirea mai precisă a unor noțiuni, o mai bună coordonare a judecăților și conceptelor și o identificare a elementelor comune diferitelor acțiuni din sala de operație, totul într-o încercare de sinteză intelectuală aplicată disciplinei chirurgicale.



Această lucrare a fost scrisă de un chirurg în liniștea interioară a celui care s-a despărțit de sala de operație. Copleșit de solicitări din afară, de-a lungul unei cariere trăite intens, autorul se întoarce acum spre interior și îmbrățișează cu privirea tot ce a fost frumos, și bucurii și decepții, și trudă și zbucium în profesiune. Și simte nevoia să comunice ceva din propria lui experiență, sub formă de mărturisiri și îndemnuri. Întreaga operă este concepută în scopul de a veni în sprijinul celor aflați la început de carieră, iar cîteva reluări de idei sau digresiuni se datorează faptului că unele probleme sînt evaluate de pe alte poziții decît cele din literatura medicală curentă.

Lucrarea nu este în fond altceva decît o încercare de întrajutorare în profesiune din partea unui cadru didactic încărcat de ani, care vrea să mai fie de folos.

Timișoara, 28 aprilie 1989

1

APTITUDINILE ŞI INTELIGENŢA ÎN CHIRURGIE

Desfăşurarea cu succes a activităţii în chirurgie implică existenţa unui grup relativ mare de aptitudini. Cele mai multe dintre ele au un caracter general şi sînt comune diferitelor genuri de activitate umană. Altele, în schimb, se dispun într-un grup de aptitudini speciale, a căror dezvoltare asigură succesul în profesiune. Deasupra lor, ca aptitudine generală, valabilă în toate situaţiile, se situează inteligenţa. În cazul chirurgului, atunci cînd se pune problema elaborării diagnosticului, se afirmă inteligenţa abstractă, în timp ce, în sala de operaţie, pe prim plan se situează inteligenţa tehnică. Ca aptitudini speciale, hotărîtoare pentru obţinerea performanţelor, sînt de menţionat: intuiţia, spiritul de observaţie, capacitatea de reprezentare, imaginaţia, perspicacitatea (pentru clinician), capacitatea de concentrare, rapiditatea percepţiei, promptitudinea în decizii şi, mai presus de toate, îndemînarea (pentru operator). Dezvoltarea aptitudinilor specifice şi a multor altora are loc în decursul activităţii, care le solicită în cel mai înalt grad. Ea este favorizată de acumularea de cunoştinţe şi de însuşirea deprinderilor şi a tehnicilor prin exerciţiu, într-o înşiruire neîntreruptă de interacţiuni. Toate acestea merită a fi considerate mai detailat.

Inteligenţa trebuie apreciată ca fiind factorul principal în obţinerea rezultatelor de prestigiu în chirurgie. Ea poate fi considerată ca aptitudine naturală, cu specific personal, pentru că unii chirurgi gîndesc mai repede decît alţii şi rezolvă mai uşor problemele care se ridică zi de zi în saloanele de bolnavi şi în sala de operaţii. Dar inteligenţa se manifestă şi ca proces psihic, în măsură să rezolve singură, pe cale pur teoretică, situaţii patologice complexe, practica intervenind doar ca modalitate simplă de confirmare. Iată un exemplu personal, care ilustrează intervenţia inteligenţei, ca tip de manifestare abstractă, legată de cunoaştere şi experienţă.

Într-o zi am fost chemat în consult, sînt peste 35 de ani de atunci, în legătură cu un caz internat într-o clinică din Bucureşti, condusă de profesorul Simion Iagnov. Era vorba de o personalitate, în vîrstă de 65 de ani, suferind de o tromboflebită a unuia din membrele inferioare. Situaţia bolnavului inspira îngrijorări deoarece starea sa generală se degrada progresiv, îşi pierduse pofta de mîncare şi manifesta chiar unele modificări de caracter. Pe de altă parte, nu se găsea nici o explicaţie tromboflebitei, lucru ce sta la baza deciziei consultului. Într-o situaţie de acest gen, orice chirurg se duce cu gîndul la Trousseau. Marele clinician, în prezenţa unei tromboflebite, şi-a pus singur diagnosticul de cancer de stomac. În patologie, astăzi, apariţia tromboflebitei la un canceros este considerată ca fiind *semnul lui Trousseau*. În cazul consultului, era evident că, singură, complicaţia venoasă nu putea explica pierderea apetitului şi alterarea stării generale. Gîndeam că, în eventualitatea că factorul etiologic ar fi un proces infecţios, o cardiopatie sau o altă cauză aparţinînd medicinii interne, diagnosticul ar fi fost stabilit relativ simplu într-o clinică cu multiple posibilităţi de investi-

gare. Era deci de presupus existenţa unui cancer mai greu de depistat, unde posibilităţile explorărilor paraclinice nu sînt hotărîtoare. Dar unde trebuia căutat acest cancer, în cazul că exista unul? Ipotezele de formulat erau relativ puţine la număr. În primul rînd trebuia luat în considerare un cancer abdominal, un neoplasm de ficat sau de pancreas, întrucît un cancer digestiv sau unul pulmonar nu ridică probleme deosebite de diagnostic. Un neoplasm de ficat poate fi multă vreme latent, dar nici el nu este chiar atît de greu de diagnosticat dacă medicul se gîndeşte la această posibilitate. Tot aşa stau lucrurile şi cu neoplasmul de pancreas, mai ales în localizările cefalice sau la nivelul corpului, care se manifestă clinic prin icter sau dureri de tip celiac. Neoplasmul de coadă de pancreas se manifestă mai tardiv, atunci cînd tumora devine accesibilă la palpare. Chemat în consult, nu aveam deci să mă concentrez asupra diagnosticului de tromboflebită, asupra formei clinice a acesteia, cît asupra cauzei. Înainte de orice consult trebuie să se ceară relaţii detaliate privind cazul respectiv, pentru pregătirea intelectuală şi psihică a consultatului. Din aceste relaţii şi după matură chibzuială reieşea că este vorba mai degrabă de un cancer, iar una din ipotezele de luat în considerare cu şanse mari era aceea a unui neoplasm de coadă de pancreas. La examenul local abdominal am constatat existenţa unei împăstări profunde în flancul stîng, sub rebordul costal. Bolnavul era slab, palparea relativ uşoară. Schimbînd poziţia bolnavului şi palpînd cu multă grijă am ajuns la convingerea că era vorba de o tumoră profund situată, corespunzînd cozii pancreasului. Spre surprinderea celor prezenţi la consult, impresionaţi iniţial de puţina atenţie acordată tromboflebitei, am formulat ca probabil diagnosticul de cancer de coadă de pancreas, care s-a confirmat ulterior.

Cazul de mai sus ilustrează posibilităţile deosebite privind diagnosticul pe care le oferă inteligenţa ca proces psihic, asociată şi altor însuşiri intelectuale, ca imaginaţia, flexibilitatea gîndirii, bazate toate pe experienţă şi pe o bună cunoaştere a problemelor aduse în discuţie. În alte situaţii, inteligenţa, ca element de prim plan în profesiune, poate avea un caracter speculativ, dovadă exemplul următor.

După terminarea programului operator, într-o bună zi am coborît la cabinetul din policlinică să fac un pansament. În sală era un grup de studenţi stagiari care urmăreau ce făceam şi cu care discutam despre virtuţile curative ale antisepticelor şi despre mitul substanţelor viu colorate. Între timp a intrat în sală asistenta ataşată cabinetului de consultaţii şi mi-a spus că a sosit un bolnav din judeţul Vîlcea, care solicită să îl văd. După terminarea pansamentului am cerut să fie introdus bolnavul, venit atît de departe. A intrat un adult relativ obez, modest îmbrăcat. I-am cerut să se apropie. Apoi, fără a schimba o vorbă cu el, am spus, mai mult în şoaptă, studenţilor: „*Cred că acest bolnav suferă de insuficienţă venoasă a membrelor inferioare, cu tulburări trofice, consecutive unei fracturi de femur suferite acum cîţiva ani*". Într-adevăr, examenul local a relevat existenţa edemului şi a tulburărilor trofice la ambele membre inferioare, cu ulcer de gambă în stînga, iar interogatoriul a confirmat existenţa în antecedente a unei fracturi vicios consolidate a femurului, de aceeaşi parte. Am explicat apoi cum am ajuns să formulez această ipoteză de diagnostic pozitiv şi etiologic.

În vremea aceea veneau să ne consulte bolnavi, uneori de la distanţe foarte mari, pentru suferinţe vasculare ale membrelor inferioare. Puteam deci presupune că acest pacient nu a făcut deplasarea la Timişoara pentru a fi operat de apendicită sau hernie, ci constrîns de o suferinţă necesitînd îngrijiri de specialitate. În majoritatea cazurilor era vorba de varice complicate sau de insuficienţă venoasă cronică, cu edem şi ulceraţii. Din cei cîţiva paşi făcuţi de bolnav în faţa noastră s-a văzut că el şchiopăta într-un mod caracteristic, prezentînd o inegalitate în lungime a membrelor inferioare. Or, fracturile de femur vicios consolidate se soldează cu scurtarea osului, iar aceste fracturi, necesitînd o lungă imobilizare la pat, se complică foarte des cu tromboflebită. Simpla observare a bolnavului, cu un mers diferit de al arteriticilor sau al purtătorilor numai de pansamente voluminoase, asociată cunoaşterii acestui sector al patologiei, în condiţiile în care eram solicitaţi, să acordăm asistenţă suferinzilor veniţi de la mari depărtări, au permis formularea unei ipoteze de diagnostic. Atîta şi nimic mai mult!

Ipoteza de diagnostic enunţată mai sus reprezintă o construcţie arbitrară, altfel spus speculativă, concepută pe cale pur raţională, fără legătură cu practica reprezentată de examenul bolnavului. Întîmplător în acest caz, practica a confirmat teoreticul şi ipoteza s-a verificat, dar aceasta nu este regula. Oricum, asemenea mod de a proceda duce la dezvoltarea spi-

gare. Era deci de presupus existenţa unui cancer mai greu de depistat, unde posibilităţile explorărilor paraclinice nu sînt hotărîtoare. Dar unde trebuia căutat acest cancer, în cazul că exista unul? Ipotezele de formulat erau relativ puţine la număr. În primul rînd trebuia luat în considerare un cancer abdominal, un neoplasm de ficat sau de pancreas, întrucît un cancer digestiv sau unul pulmonar nu ridică probleme deosebite de diagnostic. Un neoplasm de ficat poate fi multă vreme latent, dar nici el nu este chiar atît de greu de diagnosticat dacă medicul se gîndeşte la această posibilitate. Tot aşa stau lucrurile şi cu neoplasmul de pancreas, mai ales în localizările cefalice sau la nivelul corpului, care se manifestă clinic prin icter sau dureri de tip celiac. Neoplasmul de coadă de pancreas se manifestă mai tardiv, atunci cînd tumora devine accesibilă la palpare. Chemat în consult, nu aveam deci să mă concentrez asupra diagnosticului de tromboflebită, asupra formei clinice a acesteia, cît asupra cauzei. Înainte de orice consult trebuie să se ceară relaţii detaliate privind cazul respectiv, pentru pregătirea intelectuală şi psihică a consultatului. Din aceste relaţii şi după matură chibzuială reieşea că este vorba mai degrabă de un cancer, iar una din ipotezele de luat în considerare cu şanse mari era aceea a unui neoplasm de coadă de pancreas. La examenul local abdominal am constatat existenţa unei împăstări profunde în flancul stîng, sub rebordul costal. Bolnavul era slab, palparea relativ uşoară. Schimbînd poziţia bolnavului şi palpînd cu multă grijă am ajuns la convingerea că era vorba de o tumoră profund situată, corespunzînd cozii pancreasului. Spre surprinderea celor prezenţi la consult, impresionaţi iniţial de puţina atenţie acordată tromboflebitei, am formulat ca probabil diagnosticul de cancer de coadă de pancreas, care s-a confirmat ulterior.

Cazul de mai sus ilustrează posibilităţile deosebite privind diagnosticul pe care le oferă inteligenţa ca proces psihic, asociată şi altor însuşiri intelectuale, ca imaginaţia, flexibilitatea gîndirii, bazate toate pe experienţă şi pe o bună cunoaştere a problemelor aduse în discuţie. În alte situaţii, inteligenţa, ca element de prim plan în profesiune, poate avea un caracter speculativ, dovadă exemplul următor.

După terminarea programului operator, într-o bună zi am coborît la cabinetul din policlinică să fac un pansament. În sală era un grup de studenţi stagiari care urmăreau ce făceam şi cu care discutam despre virtuţile curative ale antisepticelor şi despre mitul substanţelor viu colorate. Între timp a intrat în sală asistenta ataşată cabinetului de consultaţii şi mi-a spus că a sosit un bolnav din judeţul Vîlcea, care solicită să îl văd. După terminarea pansamentului am cerut să fie introdus bolnavul, venit atît de departe. A intrat un adult relativ obez, modest îmbrăcat. I-am cerut să se apropie. Apoi, fără a schimba o vorbă cu el, am spus, mai mult în şoaptă, studenţilor: *„Cred că acest bolnav suferă de insuficienţă venoasă a membrelor inferioare, cu tulburări trofice, consecutive unei fracturi de femur suferite acum cîţiva ani"*. Într-adevăr, examenul local a relevat existenţa edemului şi a tulburărilor trofice la ambele membre inferioare, cu ulcer de gambă în stînga, iar interogatoriul a confirmat existenţa în antecedente a unei fracturi vicios consolidate a femurului, de aceeaşi parte. Am explicat apoi cum am ajuns să formulez această ipoteză de diagnostic pozitiv şi etiologic.

În vremea aceea veneau să ne consulte bolnavi, uneori de la distanţe foarte mari, pentru suferinţe vasculare ale membrelor inferioare. Puteam deci presupune că acest pacient nu a făcut deplasarea la Timişoara pentru a fi operat de apendicită sau hernie, ci constrîns de o suferinţă necesitînd îngrijiri de specialitate. În majoritatea cazurilor era vorba de varice complicate sau de insuficienţă venoasă cronică, cu edem şi ulceraţii. Din cei cîţiva paşi făcuţi de bolnav în faţa noastră s-a văzut că el şchiopăta într-un mod caracteristic, prezentînd o inegalitate în lungime a membrelor inferioare. Or, fracturile de femur vicios consolidate se soldează cu scurtarea osului, iar aceste fracturi, necesitînd o lungă imobilizare la pat, se complică foarte des cu tromboflebită. Simpla observare a bolnavului, cu un mers diferit de al arteriticilor sau al purtătorilor numai de pansamente voluminoase, asociată cunoaşterii acestui sector al patologiei, în condiţiile în care eram solicitaţi, să acordăm asistenţă suferinzilor veniţi de la mari depărtări, au permis formularea unei ipoteze de diagnostic. Atîta şi nimic mai mult!

Ipoteza de diagnostic enunţată mai sus reprezintă o construcţie arbitrară, altfel spus speculativă, concepută pe cale pur raţională, fără legătură cu practica reprezentată de examenul bolnavului. Întîmplător în acest caz, practica a confirmat teoreticul şi ipoteza s-a verificat, dar aceasta nu este regula. Oricum, asemenea mod de a proceda duce la dezvoltarea spi-

rîtului de observație și, mai cu seamă, reprezintă o gimnastică a minții, caracteristică inteligenței abstracte.

Aici poate fi dat ca exemplu Arthur Conan Doyle (1859—1930), absolvent al Facultății de Medicină din Edinburgh, care, după zece ani de practică medicală, a optat pentru literatură. A debutat cu un ciclu de romane polițiste, apărute la cumpăna dintre ultimele două veacuri, al căror erou a fost Sherlock Holmes, detectiv amator. Acesta rezolva cele mai complicate probleme cu ajutorul simțurilor, al spiritului de observație și al unei inteligențe superioare. Autorul a ales ca model pentru erou pe profesorul său de chirurgie, John Bell, care recurgea la aceleași mijloace în vederea stabilirii diagnosticului. Iată ce spunea profesorul studenților: *„Inteligența și aprecierea precisă a faptelor minore reprezintă factorul esențial și real în orice diagnostic reușit [...] Ochi și urechi pentru a vedea și a auzi, memorie pentru a înregistra imediat și a rememora după nevoie impresiile simțurilor, o imaginație capabilă de a țese o teorie, de a reconstitui un lanț rupt sau de a descurca un fir încîlcit, acestea sînt uneltele de meșteșug ale unui diagnostic încununat de succes."* Aceste unelte nu sînt decît aptitudinile și inteligența abstractă, atît de utile medicului, și explică de ce marii clinicieni, în momentele libere, se delectează citind romane polițiste. Succesul romanelor lui Conan Doyle a determinat și pe alți autori (Edgar Wallace, Agatha Cristie etc.) să se consacre acestui gen de literatură, unde problemele se rezolvă în mod neașteptat prin rațiune pură, instructive sub multe aspecte pentru diagnostician.

Inteligența tehnică este o formă a inteligenței care se manifestă în cursul activității operatorii. Ea apare ca o aptitudine specială, caracterizată prin faptul că operațiile mentale sînt dirijate spre realizarea tehnică. În cursul intervențiilor de mare anvergură, chirurgii se află adeseori în fața unor obstacole greu de trecut, în situații unde trebuie să ia decizii prompte, de care poate depinde însăși viața bolnavului. În asemenea situații se verifică capacitatea profesională a chirurgului, bazată pe inteligență superioară, cunoaștere și experiență. Uneori, rezolvarea cazului necesită inventivitate.

Ca exemplu poate fi dat un fost tînăr coleg de al nostru, O. Gamber, deosebit de talentat, din nefericire pierdut în plină formare, care s-a găsit într-o situație neașteptată, pe care a rezolvat-o într-un mod foarte ingenios. În cursul unei operații pentru diverticul Meckel, acesta avînd o inserție foarte largă, s-a văzut constrîns să facă o rezecție intestinală segmentară. În cavitatea intestinului a apărut o panglică albă, care nu era decît o tenie. Cunoștințele de parazitologie nu i-au permis să stabilească dacă este vorba de o *Tenia saginata* sau de *Tenia solium*, știa în schimb cît de delicat este tratamentul prin administrarea de vermifuge. În tot cazul nu se punea problema de a proceda prin tracțiune, deoarece capul parazitului ar fi rămas fixat pe peretele intestinal. Atunci, într-un moment de iluminare, a secționat parazitul și a introdus extremitatea cefalică în eter. După cîteva minute, parazitul a putut fi extras prin tracțiuni ușoare. Inelele au apărut tot mai înguste, apoi gîtul subțire și, în fine, și-a făcut apariția mica umflătură reprezentînd capul parazitului.

Inteligența tehnică se valorifică mai ales acolo unde operatorul are de ales între mai multe procedee tehnice. După o rezecție intestinală, de exemplu, un chirurg va evita să restabilească continuitatea printr-o anastomoză sub tracțiune, în timp ce un altul va forța apropierea, de unde va rezulta o dezunire, urmată de fistulă sau peritonită. În cazul unei ileotransversostomii, în fața incongruenței celor două capete, un operator va recurge la o anastomoză latero-laterală, care nu este soluția ideală în chirurgia digestivă, deoarece rămîn funduri de sac ce trebuie, în măsura posibilului, evitate.

Este ceea ce face un alt operator, cu mai multă claritate în gîndire și mai abil, care va insista și va reuși o anastomoză termino-terminală, în ciuda calibrului inegal al celor două capete. Inteligența tehnică imprimă operatorului un anumit comportament, despre care se poate spune că se edifică „în mers", adică operativ, și în modul cel mai adecvat variatelor situații care se succed în desfășurarea unei operații. Inteligența tehnică nu este reductibilă la experiență, dar se dezvoltă pe această bază și se caracterizează prin flexibilitate, care permite adaptarea și asigură capacitatea de rezolvare a unor situații complet noi.

În chirurgie, funcția definitorie a inteligenței este eficacitatea. Ca proces psihic, inteligența este tributară diverselor facultăți ale intelectului, printre care intuiția, memoria, imaginația, raționamentul și orientarea spre un anumit scop. În cazul clinicianului, acest scop este reprezentat de diagnostic și de decizia terapeutică. Pentru operator, scopul urmărit este reușita intervenției. La aceasta contribuie și alte aptitudini, printre care, un loc aparte, așa cum am văzut, îl ocupă îndemînarea.

Prin îndemînare se înțelege ușurința, rapiditatea și precizia cu care operatorul își desfășoară activitatea în sala de operații. Termenul de îndemînare este cel mai adecvat pentru a desemna această aptitudine de ordin fizic. Ca termen este mai potrivit decît cel de dexteritate, care, sub aspect etimologic, se referă mai mult la mîna dreaptă. Or, chirurgul lucrează în mod egal cu ambele mîini. În ceea ce privește abilitatea, ca noțiune, aceasta este supraordonată noțiunii de îndemînare, întrucît se poate manifesta și în cadrul unor operațiuni intelectuale sau în modul de comportare. De asemenea, noțiunile de dibăcie, de iscusință, cît și multe alte sinonime folosite în literatură sau în vorbirea de toate zilele, au o sferă de cuprindere mult mai largă decît noțiunea de îndemînare. În înțelesul pe care îl dăm noțiunii de îndemînare, singurul sinonim valabil este cel de abilitate manuală.

Am considerat utile precizările de mai sus pentru o mai justă evaluare a raportului dintre cele două aptitudini majore în chirurgie — inteligență și îndemînare. Aceasta rămîne problema fundamentală. Multă vreme, chirurgii, lipsiți de posibilitatea de a suprima durerea s-au văzut constrînși să lucreze în mare viteză, limitîndu-și activitatea la mici intervenții, uneori la cîteva gesturi rapid executate. În opinia celor mulți, chirurgii au fost asimilați cu prestidigitatorii. Dar, o dată cu progresele extraordinare pe care le-a făcut chirurgia în ultima sută de ani și ca urmare a posibilității realizării de operații din ce în ce mai complexe sub protecția mijloacelor de prevenire a infecției, în condițiile metodelor moderne de anestezie și reanimare, a devenit tot mai evident rolul hotărîtor pe care îl deține inteligența, în accepțiunea cea mai cuprinzătoare a acestei noțiuni.

Situațiile în care intră în acțiune concomitent și intelectul și mîna se întîlnesc în multe alte domenii de activitate. Un exemplu îl constituie pictura. „La pittura e cosa mentale" spunea Leonardo da Vinci. Un pictor trebuie să fie un bun desenator și un abil mînuitor al penelului, în primul rînd însă el trebuie să gîndească. Printre marii noștri pictori, cel care ilustrează cel mai bine superioritatea gîndirii asupra actului pur manual îl reprezintă Corneliu Baba. Stăpîn pe meșteșug, în cunoscutele compoziții de gen, el se vădește și un mare gînditor. Prin opera sa își cinstește maestrul, care a fost Tonitza. În acest caz, elevul materializează în mod strălucit convingerile maestrului, exprimate atît de pitoresc de acesta: *„Între duhul nostru, care-și vrea oglindirea exterioară, și mîna noastră, care va săvîrși palpa-*

bilă întruchipare, e necesară o neodihnită și ideală legătură. Mîna, la început boccie, greoaie și recalcitrantă, cată să devină cu vremea instrumentul fără greș, orbește supus ordinelor minții noastre. Sclav credincios, instruit și rafinat. Dar între mintea noastră care izvodește și mîna care execută, stă ochiul nostru — străjer cumplit, verificator pozitiv". În textul de mai sus, Tonitza menționează și o altă aptitudine psihomotorie, care este coordonarea ochi — mînă, necesară atît pictorului, cît și chirurgului.

Dintre simțuri, un rol precumpănitor în desfășurarea activității chirurgicale îl dețin văzul și tactul. Ochiul permite recoltarea de informații utile din primele momente ale confruntării cu bolnavul, prin percepție dirijată și conștientizată, mult superioară percepției spontane și accidentale. Percepția astfel realizată stă la baza spiritului de observație, unde rezultatul depinde, calitativ, mai mult de inteligență decît de acuitatea senzorială. Clinicianul „vede" ceea ce a învățat și știe. El identifică, de exemplu, boala Basedow de la prima vedere, pe bază de cunoaștere, grație exoftalmiei, anxietății și agitației. Cît de mult depinde spiritul de observație de inteligență și de experiență reiese și din diferența dintre un tînăr chirurg și unul călit în profesiune. În ce privește văzul ca organ de recepție senzorială, acesta este absolut necesar operatorului. Fără o acuitate vizuală perfectă nu pot fi realizate disecțiile de mare finețe din cursul unor operații. Chirurgul tînăr este avantajat cu privire la acuitatea vizuală, dar chirurgul cu experiență, percepe mai bine, pentru că înțelege mai bine.

Tactul, ca modalitate senzorială, poate fi pasiv, în condițiile cînd mîna medicului și corpul bolnavului sînt în imobilitate — perceperea căldurii locale sau a fremismentului în anevrismele arteriovenoase — sau activ, în condițiile mișcării, cînd palpația permite aprecierea dimensiunilor și a formelor, întocmai ca și văzul. Dar palpația poate da mai multe informații pentru că permite și aprecierea durității unei tumori, a gradului de mobilitate etc. În patologia abdominală, chirurgul nu se poate lipsi de acest mijloc de investigare, valorificat și el prin inteligență. Omul judecă palpînd și palpează cugetînd. În ce privește palpația intraabdominală în cursul unei laparotomii pentru neoplasm, ea este singura în măsură să precizeze extensia tumorii, gradul de infiltrație peritoneală, invadarea organelor de vecinătate sau extinderea ganglionară. Fără această explorare nu se poate stabili operabilitatea tumorii.

Auzul și celelalte simțuri își găsesc o aplicare mult mai redusă în chirurgie decît în medicina internă. În chirurgia vasculară, perceperea unui suflu este desigur importantă, iar în urgențele abdominale, evidențierea existenței unor sunete intestinale poate permite precizarea, de exemplu, a naturii unei ocluzii.

Din cele de mai sus reiese unitatea funcției de recepție senzorială cu activitatea scoarței cerebrale, statornicită de Pavlov în cadrul conceptului de „analizatori". Aici se pune și problema evoluției unor aptitudini complexe, ca inteligența și îndemînarea, în relație cu evoluția chirurgului în profesiune, în concepția analizatorilor, față de viziunea mai simplistă, care se limitează la nivelul organelor periferice de simț. Un exemplu urmărit personal de-a lungul anilor este edificator.

Într-o clinică chirurgicală evoluează, la un moment dat, două cadre didactice în formare, între care există o diferență de vîrstă de aproape zece ani, amîndouă manifestînd interes deosebit pentru chirurgie. Cel mai vîrstnic, dotat cu o inteligență nativă de netăgăduit, strălucește printr-o îndemînare sensibil deasupra mediei. În cursul evoluției, acesta se limitează însă la activitatea din sala de operație, acordînd mai puțin interes dezvoltării facultăților cognitive și dezvoltării proceselor intelectuale. Ajunge să se remarce ca operator și este solicitat

de numeroși bolnavi. Pe linie didactică este promovat conferențiar și, în această calitate, se pensionează în învățămînt, continuînd însă un timp cu succes activitatea operatorie. Celălalt cadru, mai puțin dotat inițial ca manualitate, reușește să-și dezvolte îndemînarea la nivelul pe care îl necesită marea chirurgie și, înzestrat cu o inteligență sclipitoare, își valorifică prin muncă susținută și bine orientată facultățile intelectuale. Ajunge profesor, șef de catedră, impunîndu-se drept chirurg, cercetător, cît și ca autor de manuale didactice și monografii științifice.

Un caz ca cel de mai sus evidențiază faptul că un chirurg, în înțelesul mai larg al acestei noțiuni, nu trebuie să se limiteze la activitatea din sala de operație. Pe de altă parte, reiese un alt fapt deosebit de semnificativ. Îndemînarea se cîștigă aproape automat în cursul activității operatorii de zi de zi. Nu același lucru se întîmplă cu capacitatea intelectuală, care cere multă muncă, precis orientată și multă ambiție. Dar toate acestea le vom vedea ceva mai detaliat în cursul prezentei lucrări. Pentru moment să revenim asupra aptitudinilor și asupra modului cum ele se fac simțite în activitatea zilnică a chirurgului.

Desfășurarea cu succes a activității chirurgicale se bazează, așa cum am văzut, pe existența unui grup de aptitudini specifice, care se dezvoltă progresiv. Îmbinarea lor fericită diferă de la om la om și constituie talentul, care mijlocește obținerea performanțelor. La baza talentului stă deci dezvoltarea aptitudinilor și efectul interacțiunii lor. În domeniul chirurgiei, conceptul de talent a fost depreciat, în parte, cel puțin, din cauza exagerării rolului dotației native. Reușita în cazul unui mare tenor se bazează pe o zestre nativă deosebită, în timp ce un chirurg poate obține succese remarcabile fără a fi excepțional dotat de la natură. Aptitudinile care condiționează reușita în chirurgie au, desigur, la bază anumite dispoziții individuale. Acestea sînt premisele naturale ale aptitudinilor, care, prin interacțiunea și dezvoltarea lor continuă, generează talentul. Dar talentul nu se manifestă decît în cursul activității. Nu se poate în nici un caz vorbi de talent înnăscut. O pot face doar poeții. Mai mult chiar, specificitatea talentului în chirurgie depinde de experiența personală, de anumite deprinderi de gîndire și de rezolvări de ordin fizic, care, toate, contribuie la ceea ce se înțelege prin stilul operatorului. Pentru că talentul se apreciază în mod predominant prin activitatea din sala de operație.

În vorbirea de zi de zi, adeseori și în scris, se face confuzie între noțiunile de talent și de măestrie. Măestrie înseamnează mai mult decît talent, deoarece presupune cunoștințe bogate, pricepere și deprinderi. Ea se sprijină pe aptitudinile care generează talentul și dă acestuia mai multă strălucire. De asemenea, trebuie să se facă o diferențiere între talent și capacitate profesională. Talentul nu se poate măsura, capacitatea poate fi însă evaluată direct, pe baza rezultatelor obținute. În chirurgie, capacitatea reflectă aptitudinile ca potențialitate, talentul ca manifestare, plus cîștigul în calitate și cantitate, cîștig ce depinde însă și de existența altor factori care intervin în exercitarea profesiunii. Sub acest aspect, aptitudinile și predispozițiile naturale trebuie raportate în primul rînd la condițiile de muncă. Și în cazul chirurgiei ,ca și în alte domenii de activitate, trebuie luată în considerare acțiunea mediului asupra potențialului genetic. Mediul este reprezentat, în modul cel mai evident, de instituția în care se formează chirurgul. Într-un serviciu mic, cu activitate operatorie redusă, nu se poate forma un chirurg de excepție, oricare ar fi aptitudinile de care dispune. Din contră, într-o clinică mare, unde se desfășoară intervenții chirurgicale numeroase și de mare amploare, unde tînărul este solicitat și pe plan de cercetare sau pe plan de învățămînt, acesta își poate dezvolta aptitudinile și valorifica la maximum zestrea ereditară. Chirurgi de mare valoare pot apărea în orice

serviciu spitalicesc cu rulaj mare de bolnavi, dacă activitatea operatorie susținută este dublată de motivare și înclinație spre acumularea de cunoștințe cît mai temeinice de specialitate.

Talentul în chirurgie reprezintă o formă superioară de dezvoltare a aptitudinilor. Dar cea mai înaltă formă de dezvoltare o constituie geniul. Omul de geniu beneficiază de o zestre intelectuală excepțională și de o capacitate creatoare deosebită, grație cărora produce opere de mare originalitate. Se poate considera că au dat dovadă de talent toți marii chirurgi, dar chirurgi de geniu nu pot fi considerați decît aceia care, prin realizările lor, au determinat progrese hotărîtoare în evoluția specialității. Precizări privind înțelegerea justă a noțiunii de geniu în chirurgie pot fi aduse cu ajutorul exemplelor pe care le dăm în continuare.

În fruntea chirurgilor de geniu trebuie situat Ambroise Paré. El a făcut posibilă emanciparea chirurgiei și eliberarea ei de sub tirania dogmelor Evului Mediu. A reformat tratamentul plăgilor, suprimînd cauterizările și introducerea de oleum fierbinte în rănile de război. În locul fierului roșu a folosit pentru hemostază ligatura vaselor și a avut realizări operatorii care au depășit tot ce s-a obținut pînă la el. Lucrările sale reflectă o experiență ieșită din comun și au fost scrise în limba franceză, în timp ce predecesorii săi foloseau numai latina, absolut neînțeleasă de cei mulți. Pentru contribuția adusă la dezvoltarea chirurgiei a fost denumit „Părintele chirurgiei", un titlu pe care îl merită din plin.

Un alt chirurg de geniu a fost Dupuytren. Acesta a introdus metoda anatomoclinică în chirurgie, deschizînd căi noi în cunoașterea patologiei. Prin contribuțiile aduse la fundamentarea clinicii chirurgicale, cît și în domeniul practicii operatorii, a contribuit, la începutul secolului trecut, la înălțarea chirurgiei franceze la cea mai înaltă treaptă a ierarhiei mondiale. Datorită contribuției aduse la progresul chirurgiei, în rîndul oamenilor de geniu pot fi situați, într-o evaluare mai de grabă cronologică, următorii: Lister — creatorul antisepsiei, Halsted — cel mai mare șef de școală din toate timpurile și, cu deosebire, omul care a revoluționat metodica operatorie; Billroth — novator în chirurgia digestivă; Sauerbruch — pionier în chirurgia toracică; Cushing — fondatorul neurochirurgiei.

Alături de aceștia au fost și mulți alți chirurgi care au dat dovadă de geniu, adică de un ansamblu de însușiri ce duc la realizări de valoare istorică. Văzuți de departe, personalitatea lor apare mai estompată; văzuți mai îndeaproape, în grupul de aptitudini specifice, situat întotdeauna la un înalt nivel ca medie, unele însușiri apar proeminente. Unii dau dovadă mai mult de inteligență abstractă sau speculativă, la alții predomină inteligența tehnică, cu tendință spre realizări de ordin practic. Ca exemple pot fi dați René Leriche și Mihael De Bakey, pe care i-am cunoscut mai îndeaproape, evaluîndu-i de data aceasta sub aspectul aptitudinilor.

Mai întîi, geniul lui Leriche trebuie apreciat în înțelegerea care se acordă astăzi acestei noțiuni. Nimic mistic, nimic supranatural. El s-a manifestat ca posesorul unei inteligențe ieșite din comun, dar în afară de aceasta nu a dispus de alte aptitudini decît cele de care poate dispune orice chirurg. Ceea ce l-a propulsat în profesiune a fost tocmai unitatea și forța facultăților intelectuale, în timp ce îndemînarea, inițial cel puțin, nu a părut a fi o excepție. Și-a dezvoltat îndemînarea prin practică operatorie de zi de zi, susținută de intelect, astfel că, după o demonstrație operatorie într-unul din marile centre chirurgicale ale Statelor Unite, a fost desemnat drept „cuțitul de aur". Acest lucru, așa cum am menționat cu altă ocazie, i-a

produs una din marile bucurii ale vieții. Este o ilustrare a faptului că îndemînarea se poate dobîndi prin muncă, în anumite condiții, ceea ce înseamnă că nu trebuie să i se ceară la pornire unui viitor chirurg o îndemînare excepțională. Sînt cunoscuți mari compozitori cu un auz deficient sau pictori cu defecte ale văzului. Dar în chirurgie, pentru o deplină afirmare, îndemînarea nu trebuie să fie sub medie. Exemplu lui Leriche arată că, prin muncă și dorință de afirmare, o aptitudine rămasă chiar în urmă față de altele se poate dezvolta, asigurînd succesul. În schimb, existența unei aptitudini, oricît de dezvoltată ar fi, nu poate asigura singură reușita. Este necesară existența unui grup de aptitudini, care pot să difere de la om la om, iar în cadrul grupului, unele se pot manifesta cu mai multă forță, antrenînd altele, totul fundamentat pe inteligență abstractă, suplețe și profunzime de gîndire.

Ca exponent al gîndirii tehnice poate fi considerat De Bakey, care a făcut un stagiu de specializare mai îndelungat în clinica lui Leriche, unde am avut ocazia să îl cunosc. Am aflat că, încă student fiind, într-o vreme cînd se practica curent transfuzia directă de la om la om, a pus la punct un aparat din cele mai ingenioase: o simplă seringă, cu două orificii laterale, care erau puse în legătură cu donatorul și cu primitorul prin tuburi de cauciuc. Cînd se retrăgea pistonul pentru aspirație se făcea automat legătura cu donatorul, iar cînd se împingea pistonul se stabilea legătura cu primitorul și se golea seringa. Cel care practica transfuzia nu făcea altceva decît să retragă sau să împingă pistonul, fără nici un alt gest în plus. Imaginația creatoare, dublată de aptitudini deosebite privind rezolvările de ordin tehnic, i-a permis lui De Bakey realizări care au făcut epocă. A fost un deschizător de drumuri în domeniul protezelor vasculare, primul care a operat anevrisme toracice și toracoabdominale folosind pentru înlocuire tuburi din material sintetic, a adus importante contribuții la chirurgia cardiacă și valvulară, la chirurgia directă pe vasele coronare.

Leriche și De Bakey apar ca două personalități de excepție în chirurgia contemporană. Unul a evoluat la polul abstract al gîndirii, cu precădere în lumea ideilor, pe cînd celălalt la polul concret. Sînt două domenii în care se depășeau reciproc. Amîndoi ilustrează în modul cel mai grăitor creativitatea în chirurgie, constînd în concepte noi și în realizări tehnice originale. Și unul și altul își merită cu prisosință locul în rîndul oamenilor de geniu.

Dintre chirurgii români, sub aspectul preeminenței unor aptitudini, îi putem cita pe Thoma Ionescu.

Acesta a fost unul dintre cei mai multilaterali chirurgi cunoscuți în istorie. S-a ilustrat în domeniul ideilor și al cercetării științifice, a fost cel mai mare șef de școală din țara noastră, a pus la punct noi tehnici chirurgicale, pe care le-a demonstrat și în afara țării, în fine a fost și creator de instrumente. Și toate acestea pe un fond de inteligență cu multiple valențe. Dintre elevii săi, Iacob Iacobovici a fost și el șef de școală și un bun organizator, Ernest Juvara — subtil operator și un artist al creionului și penelului, Dimitrie Gerota — strălucit anatomist și cercetător.

Aptitudinile reprezintă toate însușirile care stau la baza reușitei. Dar nu toate însușirile sînt aptitudini. Există și însușiri negative, cum ar fi indolența și lenea. În fine, sînt însușiri la limita dintre cele pozitive și negative, care se exprimă în funcție de condițiile în care se exercită. Este cazul nonconformismului. În accepția nonconformismului, ca independență în gîndire și în formularea de puncte de vedere personale, acesta apare ca

o însușire pozitivă și poate fi un important factor de creativitate. Un exemplu luat din domeniul chirurgiei vasculare este, credem, edificator.

Exemplul se referă la abordarea critică, pe cale pur rațională, a administrării de medicamente vasodilatatoare pe cale generală în arteriopatiile obliterante ale membrelor inferioare. La acești bolnavi, suferința are la bază reducerea aportului sanguin la extremitatea în cauză, datorată, în general, unui obstacol situat în amonte, pe axul principal al membrului. În zona ischemică, vasele colaterale sînt dilatate, dar țesuturile suferă pe de urma lipsei de aport sanguin arterial. Suferința este cu atît mai mare cu cît „foamea de oxigen" este mai accentuată. La început, ea se manifestă numai la efort, apoi și la repaus, pentru ca, în final, în caz de ischemie totală, să se producă gangrena. Ce se întîmplă dacă se administrează vasodilatatoare pe cale generală? Acestea vor fi antrenate în regiunile unde circulația este activă, și mai puțin spre zona ischemică, iar dacă ar fi eficientă, vasodilatația obținută ar urma să se producă în zonele sănătoase. De aici, un rezultat nedorit — scăderea presiunii sistemice și reducerea debitului în regiunile afectate de boală.

Administrarea vasodilatatoarelor pe cale generală în stadiile de debut ale arteriopatiilor obliterante nu schimbă cu nimic situația, iar ameliorarea, dacă se produce, se datorează altor factori. În stadiile avansate de boală, efectele sînt, în mod evident, negative. Și totuși, numeroși autori, rutinieri prin excelență, continuă să folosească metoda, fără să-și pună probleme privind o justă interpretare a fenomenelor. În aceste situații, logice sînt numai administrarea medicației vasoactive direct în arteră, pentru ca aceasta să ajungă în zona ischemică, sau simpatectomia, tot în ideea unei vasodilatații dirijate.

Abordarea nonconformistă a metodei rutiniere de tratament duce automat la o altă terapeutică, care constă în administrarea de vasoconstrictoare pe cale generală. Acestea sînt antrenate spre zonele sănătoase unde pot provoca, sau nu, fenomene de vasoconstricție. Teoretic cel puțin, urmarea de prevăzut ar fi creșterea tensiunii arteriale, de unde și creșterea debitului sanguin în zona ischemică. Așa s-a ajuns la o conduită terapeutică cu totul contrarie celei curent folosite. Noi înșine, după o prealabilă experimentare pe animal, am preconizat perfuziile intravenoase cu efedrină, substanța avînd o acțiune vasoconstrictorie de durată și efecte hipertensive. Rezultatele pe care le-am obținut au fost foarte bune și asupra lor am insistat în mai multe lucrări.

Alături de unele metode terapeutice care pot fi contestate, se pot aduce în discuție și intervenții chirurgicale pe care simțul critic și judecata sănătoasă trebuie să le respingă imediat. Hemicorporectomia în caz de cancer sau suprarenalectomia bilaterală în tromboangeită reflectă deficiențe pe plan intelectual din partea celor care le propun sau le practică — dacă mai există chirurgi care să le practice — și nu pot fi acceptate. Hemicorporectomia a fost practicată în caz de cancer extins la toate organele pelvisului. Este însă greu de acceptat că în asemenea situații ar mai putea fi practicată o operație radicală de exereză, ținînd seama de extinderea leziunilor pe cale limfatică în stadii atît de avansate de boală. În ceea ce privește bolnavul, acesta este transformat într-o jumătate de om, cu anus contra naturii și derivație urinară la tegumente. Țintuit la pat, necesitînd îngrijiri permanente, supus unui disconfort fiziologic greu de suportat, operatul își pierde orice bucurie de a trăi. S-a căutat să se justifice operația în cazul unor genii — mari scriitori, matematicieni renumiți etc. Se uită

însă faptul că operația afectează grav psihicul bolnavului și că, în condiții de mizerie fiziologică, geniul se degradează rapid. Din geniu nu rămîne decît un biet om în suferință.

Suprarenalectomia în tromboangeită trebuie și ea respinsă, cu indignare chiar. Este vorba de o arteriopatie întîlnită la tineri, a cărei cauză nu a fost încă precizată, iar interpretările patogenetice lasă de dorit, mai ales cu privire la intervenția suprarenalelor în geneza bolii. Operația este multilaterală și transformă bolnavul într-un infirm, aservit pentru tot restul vieții medicației cortizonice.

O reintoarcere spre trecut ilustrează faptul că orice metodă de tratament greșit gîndită este sortită disparitiei. Au fost epoci cînd bolnavii erau supuși sistematic dietei, emisiilor de sînge, cînd degerăturile erau tratate prin frecții cu zăpadă etc. Acestea le privim astăzi cu îngăduință, ceea ce nu este cazul cu intervențiile grav mutilante sau abuzive.

Dar să revenim la aptitudini și talent. Aptitudinile există sub formă de premise, cu caracter de forțe latente în zestrea nativă a individului, dar exprimarea lor poate avea loc relativ tardiv în viața acestuia. Sub acest aspect, poate fi dat ca exemplu celebrul neurochirurg Clovis Vincent. Era deja un cunoscut neurolog cînd, la scurt timp după primul război mondial, s-a hotărît să abordeze chirurgia, impresionat de observațiile făcute în cursul intervențiilor pe creier la bolnavii pe care el însuși îi adresa chirurgilor generaliști. Considera că se tratează cu prea puține menajamente și în prea mare grabă leziunile cerebrale. Așa fiind, și bine documentat în problemă, a cerut unui tînăr chirurg să practice trepanația, pe care el nu o putea face, și a preluat numai partea intracraniană a intervenției. Era deja trecut de 40 de ani cînd și-a făcut debutul, cu multă timiditate în chirurgie, dar rezultatele obținute au fost mult mai bune decît cele înregistrate în operații efectuate în timp mult mai scurt de ceilalți chirurgi. Încetul cu încetul și-a dezvoltat aptitudinile specifice activității în sala de operații, dar abia după cîțiva ani a ajuns să practice el însuși intervențiile în întregul lor, inclusiv trepanația și refacerea țesuturilor. Astfel, deși debutant tardiv, Clovis Vincent a cîștigat o înaltă tehnicitate, bazată pe aptitudini generate de o activitate de specialitate și dezvoltate prin muncă susținută și pe o motivație conștientizată, de o înaltă ținută morală.

Aptitudinile specifice chirurgului ca operator se pot dezvolta și în afara acestei specialități, în anumite condiții de muncă. Marele fiziolog care a fost Ivan Petrovici Pavlov a realizat celebra sa operație „Micul stomac" într-o vreme cînd chirurgia gastrică la om era abia la începuturi. Reușita a devenit posibilă grație grupului de aptitudini specifice intervențiilor de mare amploare în chirurgia abdominală, printre care inteligență, imaginație bogată și abilitate manuală bazată pe exerciții mereu reluate. Același lucru se poate spune și despre Alexis Carrel, considerat ca cel mai mare experimentator din toate timpurile. Pentru a-și dezvolta îndemînarea, a făcut stagii în atelierele cusătoreselor din Lyon, pentru ca, ulterior, să realizeze la Fundația Rockefeller din New York, la începutul acestui secol, operații de anastomoză vasculară, grefe și transplante de organe, cu o neîntrecută abilitate tehnică. Cîinii purtînd rinichi grefați la gît stîrneau admirația celor care îi vizitau laboratoarele. Era vorba doar de autotransplante, dar aptitudinile care le făceau posibile ar fi permis și homotransplante, atît la animal, cît și la om; cunoașterea biologică era rămasă în urmă și abia în a doua jumătate a secolului aceste intervenții au putut fi reluate

În desfășurarea activității chirurgicale, aptitudinile specifice, mereu solicitate, ajung la un înalt grad de dezvoltare. Pentru a se menține la nivelul atins, este necesară continuitatea neîntreruptă în activitate. Chirurgul, ca și un pianist, trebuie să facă exerciții permanente și acestea au loc în sala de operație. O întrerupere se face imediat simțită și după un concediu chirurgul trebuie să-și revină „în mînă". Ca și sportivii de vîrf, marii operatori fac față unor programe operatorii încărcate, care îi solicită și îi mențin în formă. În general, talentul se manifestă într-un singur domeniu de activitate, în cazul nostru în chirurgie, dar polivalența lui se relevă prin dezvoltarea unor aptitudini speciale, care pot face posibilă reușita în multe sectoare de muncă. Referindu-ne la chirurgii citați pînă acum, putem presupune că Leriche ar fi putut reuși și în literatură, filozofie sau matematică. De Bakey ar fi putut evolua în disciplinele tehnice, mecanică sau hidraulică, ilustrîndu-se ca inventator. Thoma Ionescu, erudit și cu aptitudini polivalente, s-ar fi putut impune ca om politic, întocmai ca fratele său, ca magistru al baroului, sau în științele umaniste. Iacob Iacobovici, bun organizator, pe care personalul medical îl aștepta încolonat la intrarea în clinică, ar putea fi imaginat ca mare comandant de oști. Ernest Juvara s-ar fi putut impune în artele plastice, iar Gerota ar fi putut evolua cu același succes în biologie sau în cercetare.

În încheiere la acest capitol, cîteva cuvinte despre procesul de îmbătrînire, de care nu sînt scutiți nici chirurgii.

În desfășurarea activității, o dată cu anii, aptitudinile încep să piardă din amploare, din forță și din finețe. Scade acuitatea vizuală, se reduce forța de concentrare, coordonarea gesturilor devine mai greoaie, iar mîinile încep să tremure. Sub acest aspect, capacitatea chirurgului poate fi raportată la vîrstă, atît ca volum, cît și în ce privește calitatea. Puține sînt profesiunile care să necesite o pregătire atît de îndelungată. Din acest punct de vedere, se poate afirma că această profesiune deține un record. Un chirurg trebuie să posede o pregătire teoretică deosebită, pentru că lipsurile în cunoaștere pot avea consecințe foarte grave, o pregătire tehnică aparte, bazată pe însușiri psihomotorii care să permită exerciții precise și rapide, cît și multă experiență, care se cîștigă greu. Un tînăr poate da dovadă de erudiție, poate să facă nodurile rapid și cu eleganță, strălucind ca ajutor, dar cînd practică el intervenția, evoluează cu stîngăcie și cu multe ezitări, din cauza insuficientei pregătiri de specialitate. O dată obținută maturitatea profesională, chirurgul își menține multă vreme capacitatea fizică, iar aptitudinile de ordin intelectual continuă să crească. Eforturile fizice pe care le necesită practica operatorie sînt însă tot mai mari și chirurgul caută să facă față prin reducerea volumului de muncă, printr-o mai bună repartiție a operațiilor mari și mici în cursul săptămînii, dar, mai ales, prin priceperile, deprinderile și automatismele reprezentînd fructul experienței cîștigate de-a lungul anilor.

Procesul de îmbătrînire a fost foarte mult studiat în ultimii ani. Devine tot mai evident că îmbătrînirea este un proces programat genetic. Pentru moment nu este clar dacă e vorba de gene care nu se mai exprimă cu vîrsta sau de gene ce se evidențiază în senilitate. Oricum, modificările funcționale și morfologice observate la adult nu reprezintă decît desfășurarea programată a dezvoltării organismului. În aceste condiții nu se mai poate susține că „omul are vîrsta arterelor", decît dacă se admite că și îmbătrînirea arterelor și evoluția activității cardiace sînt programate și ele genetic. Procesul biologic al îmbătrînirii este continuu, se desfășoară

fără să ne dăm întotdeauna seama, iar trecerea de la vîrsta de creștere la cea de maturitate și de la cea de adult la senectute nu se face în etape, ci progresiv și neîntrerupt. Cît despre manifestările îmbătrînirii, se poate afirma că își au rădăcinile încă din primii ani ai existenței.

Deosebit de interesante sînt studiile privind îmbătrînirea cerebrală și declinul funcțiilor intelectuale. ,,*Sînt interesante în același timp memoria și funcțiile cognitive. Învățătura, stocajul și restituirea datelor recente (memoria recentă) sînt atinse de preferință. Totuși, ansamblul funcțiilor cognitive nu se degradează. Unele rămîn stabile sau se îmbunătățesc chiar. S-a putut afirma că diminuarea testelor de performanță în raport cu testele verbale este caracteristică îmbătrînirii. Probele verbale măsoară inteligența cristalizată care reflectă cîștigurile culturale, în timp ce probele nonverbale ilustrează inteligența fluidă care permite manipularea unui material inedit. Această diferență a permis să se susțină că funcțiile legate de emisfera cerebrală dreaptă sînt mai repede interesate în îmbătrînire decît cele ale emisferei stîngi*'' (J. J. Hauw). Acest citat spune foarte mult. Se știe că în emisfera cerebrală dreaptă sînt focalizate funcțiile creativității și ale simțurilor, iar în emisfera stîngă gîndirea și raționamentele. Cu timpul, omul face tot mai greu față performanțelor, iar in unele jocuri bazate pe suplețea gîndirii, a inteligenței fluide, omul în vîrstă este întrecut de cei tineri. Pe de altă parte, simțurile — văzul, auzul, tactul — pierd tot mai mult ca intensitate, chirurgul devine tot mai greoi în mișcări, obosește mai repede, dar în ce privește forța gîndirii, nu pierde nimic. Mai mult chiar, pătrunde mai adînc în esența problemelor, iar tot ce este codificat prin cuvinte se exprimă mai bine. Testele verbale, care se mențin vii, reflectă tocmai gîndirea exprimată prin limbaj. Or, toate acestea depind de emisfera stîngă, unde se focalizează cunoașterea de specialitate și raționamentele, reflectînd inteligența cristalizată și avînd o viață mult mai lungă. În aceste condiții, nu se poate nega îmbătrînirea cerebrală, dar, în cazul chirurgului, nu se poate aprecia exact care este partea manifestărilor legate de impedimentele periferice, senzoriale sau motorii, în evoluția spre senectute. Ceea ce se poate însă afirma cu siguranță este că în chirurg clinicianul supraviețuiește operatorului. Părăsind sala de operație, el poate continua să evolueze cu succes în domeniul asistenței medicale nonoperatorii, la patul bolnavului sau în serviciile de consultație.



În încheierea acestui capitol merită subliniat faptul că și chirurgi cunoscuți ca specialiști deosebit de valoroși comit uneori greșeli supărătoare cînd abordează probleme care ies din cadrul preocupărilor pur profesionale, cum sînt cele aduse în discuție în prezentul capitol. Pentru exemplificare ne vom opri asupra unei monografii de la a cărei apariție au trecut abia zece ani, avînd ca titlu *Gîndirea în chirurgie*. Lucrarea este scrisă de un chirurg cu multă experiență și succese deosebite în activitatea profesională. Cîteva citate extrase din lucrare, supuse însă unei aprecieri critice, sînt foarte semnificative.

Iată un prim exemplu: ,,*Talentul chirurgical este aptitudinea înnăscută de a îndeplini acte operatoare, este darul natural rezultat din forțe psihologice create de experiențe ancestrale care se dezvoltă prin exerciții și, în același timp, se precizează prin elemente cîștigate, cu care se combină*'', spune autorul lucrării. Talentul, după cum am văzut în paginile ce preced, nu poate fi considerat ca înnăscut. El reflectă rezultatele bune obținute grație unei multi-

tudini de factori, printre care un rol important îl dețin aptitudinile. În această ordine de idei, nici fraza care urmează celei anterioare nu este corect formulată: *„Prin repetiție continuă a actelor operatoare se poate cîștiga o oarecare aptitudine. Aptitudinea cîștigată se manifestă, oarecum, prin conștiință, în timp ce aptitudinea înnăscută se manifestă numai prin efectele ei. Deci, chirurg născut, chirurg făcut"*. Este evident că nu se poate vorbi de chirurg născut decît în sens metaforic, în literatura beletristică și nu în cea științifică.

Aici, fiind vorba de greșeli pe care și alți chirurgi riscă să le facă, considerăm utilă prezentarea, cu anticipare de data aceasta, a unor greșeli referitoare la modul de a gîndi, recurgînd la exemple luate din aceeași lucrare. *„Gîndirea chirurgicală este mijlocul prin care poți dobîndi dreptul de a fi printre chirurgi și nu printre operatori"*. Mai departe, același autor spune: *„Operator este cel care cu destulă abilitate execută operații bine reglate, cu tehnici operatoare clasice, puse la punct. Este un executant, pur și simplu, care operează pentru plăcerea de a opera și care găsește mare satisfacție în executarea unei operații, fără a fi preocupat de limitele ei de acțiune. De altfel, operator poate fi oricine, chiar și fără cunoștințe de anatomie, de fiziologie, de mecanismul de cicatrizare a plăgii operatoare, numai să aibă îndemînare"*. Chirurgul este, într-adevăr, mai mult decît operator, pentru că se manifestă și în calitate de clinician. Dar, înainte de toate, el este un operator care strălucește prin tehnicitate, la baza căreia stă îndemînarea. În nici un caz însă nu se poate concepe un operator fără cunoștințe de anatomie și fără putere să gîndească. Din contră, în operațiile de mare anvergură, în fața unor obstacole greu de trecut, gîndirea operatorului este, așa cum o să vedem, solicitată în cel mai înalt grad.

O altă greșeală care se remarcă la autorul citat mai sus constă în modul cum opune gîndirea chirurgicală gîndirii medicale, considerînd că în alt mod gîndește chirurgul față de internist. El se bazează pe faptul că, într-o anumită situație, unul pune indicația operatorie, în timp ce celălalt o contraindică. Citînd un caz în care chirurgul nu a fost de acord cu internistul în privința indicației operatorii — o colecistită gangrenoasă, cu veziculă biliară aproape total inclavată în ficat — intervine, contrar avizului medical și „salvează" bolnavul: *„Ce s-ar fi întîmplat dacă ar fi prevalat gîndirea medicală și nu s-ar fi făcut de urgență intervenția chirurgicală se poate deduce ușor și, ca atare, consider de prisos orice alt comentariu"*. După un alt caz — un ulcer hemoragic — unde nu s-a intervenit din cauza opoziției medicilor interniști, declară: *„Deznodămîntul fatal în acest caz a fost consecința indubitabilă a necorespondenței gîndirii medicale cu cea chirurgicală"*. Aceste exemple, ca și altele din lucrare, reflectă o confuzie între rezultatele modului de gîndire și procesul de gîndire în sine. Și chirurgul și medicul internist operează cu noțiuni, judecăți și raționamente, formulează ipoteze în vederea unei decizii, dar pleacă de la o experiență care diferă și nu interpretează în același fel natura și evoluția bolii, după cum pot varia și resursele intelectuale ale celor doi specialiști ce se confruntă.

2

SUBTILITĂȚILE DIAGNOSTICULUI CLINIC

Cînd am ales titlul acestui capitol, m-am gîndit la diagnostic ca la un proces intelectual, unde se pune o problemă ce trebuie rezolvată. Problema cuprinde elemente mai mult sau mai puțin ascunse, diferențele sînt adeseori greu de sesizat, soluționarea necesită judecăți și raționamente subtile, iar medicul chemat să rezolve problema trebuie și el să dea dovadă de subtilitate, de o mare acuitate a simțurilor și de o vie inteligență. Subtilitate, deci și de o parte și de alta. În cazul medicului se relevă latura pozitivă a subtilității, în înțelesul de gîndire în acțiune și perspicacitate, în timp ce problema de soluționat evidențiază laturile ei negative. Fenomenele patologice se relevă uneori de o mare complexitate, rezolvarea lor cuprinzînd îndoieli și incertitudini. La ele se gîndea Diderot cînd le-a comparat cu „un vînt ce umple ochii de praf". Desigur, în unele cazuri, diagnosticul este simplu, ușor de stabilit, grație simptomatologiei clare și cu un pronunțat accent de specificitate — hernie ombilicală, hemoragie hemoroidală, ulcer piloric stenozant etc. —, în timp ce în alte cazuri situația este confuză, greu de descurcat — abdomen acut, hemoragie digestivă superioară, ulcer gastric prin tumoră pancreatică insulară neinsulinică. De la un bolnav la altul, problemele de rezolvat sînt de o extraordinară varietate, în vreme ce diagnosticul își păstrează din totdeauna aceeași poziție predominantă în medicina clinică.

În tratarea subiectului adus în discuție în acest capitol pornim de la simplu la compus. Pentru început prezentăm evoluția diagnosticului de-a lungul anilor. Considerăm că este foarte instructivă prezentarea etapelor prin care a trecut diagnosticul, pe fundalul tot mai amplu al cunoașterii medicale și pe baza dezvoltării mijloacelor de investigație, tot mai perfecționate. Apoi vom aborda problema mecanismelor psihice ale diagnosticului și erorile de diagnostic, văzute tot prin prisma modului de gîndire. În fine, vom discuta problemele noi pe care le ridică identificarea bolilor în condițiile pătrunderii informaticii în medicină, a teoriei informației și a calculatoarelor electronice pe care aceasta se bazează.

DIAGNOSTICUL DE-A LUNGUL ANILOR

Dacă se face o evaluare comparativă între evoluția pe plan istoric a medicinii și evoluția diagnosticului se constată un important decalaj. Această distanțare în timp se datorează faptului că, în obscuritatea inde-

părtatelor vremuri, cînd medicina a prins viață, nu se simțea nevoia diagnosticului. Bolile nu erau cunoscute, iar arta tămăduirii se reducea la incantații și practici vrăjitorești. Nu se punea problema unui diagnostic, în înțelegerea cea mai modestă a acestui proces, legat din toate timpurile de intelect și de cunoaștere, cît a alungării demonului care a pătruns în organismul atins de boală.

Chirurgia avea încă de atunci o poziție privilegiată, deoarece obiectivul terapeutic putea fi atins prin mijloace directe, bazate pe instinct și experiență nemijlocită. Aceasta era situația în tratamentul leziunilor traumatice sau în oprirea unei hemoragii. Cauza suferinței era evidentă și nu se punea problema diagnosticului.

În apariția diagnozei este greu să se stabilească existența unui „moment instaurativ", unic și decisiv, cum le place să se exprime cercetătorilor din domeniul semioticii. Un asemenea moment ar fi, în domeniul chirurgiei, de exemplu, descoperirea antisepsiei, în 1867, de către Lister. Se poate în schimb afirma, așa cum vom vedea mai departe, că a existat o perioadă de gestație, aparținînd medicinii greco-romane, cînd au fost create condițiile care au făcut posibilă elaborarea diagnosticului. Această perioadă se extinde pe un interval de timp de aproape șase secole, de la Hipocrat la Galen, acestuia din urmă revenindu-i meritul principal în „nașterea" diagnosticului. A urmat apoi o lungă perioadă cînd dezvoltarea diagnosticului a avut de suferit de pe urma practicilor medicale îmbîcsite de superstiții și misticism, caracteristice Evului Mediu. Un alt salt s-a produs în epoca Renașterii. Dezvoltarea cunoașterii, îndeosebi în materie de anatomie și fiziologie, identificarea și încercările de clasificare a bolilor au dus la constituirea Nosologici, care a permis diagnosticuluisă facă însemnate progrese. Dar marele salt a fost efectuat o dată cu apariția metodei anatomoclinice, a cărei eficiență s-a manifestat din plin încă de la începutul secolului trecut. Noile mijloace de investigație clinică, descoperirea de noi semne de boală și o identificare mult mai precisă a bolilor au permis diagnosticului o deplină afirmare. În prima parte a secolului trecut au apărut Clinica (medicina sistematică la patul bolnavului) și Semiologia (studiul semnelor bolilor, ca și tehnica utilizării lor în vederea stabilirii diagnosticului). Se poate spune că secolul al XIX-lea este epoca de aur a diagnosticului și a marilor clinicieni. Spre sfîrșitul secolului au intervenit laboratorul, apoi noile mijloace de investigație paraclinică, care au permis un nou și important salt în dezvoltarea diagnozei. În fine, revoluția tehnică și științifică contemporană, aparatura modernă de investigație, cibernetica și teoria informației și-au pus amprenta și pe diagnosticul medical. Dintr-un sistem închis, redus la relația directă medic — bolnav, din secolul trecut, diagnosticul a devenit un sistem deschis, cu multiple intervenții din afară. În același timp, dintr-un enunț rezumativ, limitat adeseori la o simplă propoziție, el a devenit astăzi un proces complex și dinamic, în plină dezvoltare, bazat mai puțin pe simțurile și capacitatea clinicianului, cît pe un voluminos dosar de date. De la probabilitate se tinde tot mai mult spre certitudine. Dar toate acestea merită să fie considerate ceva mai detaliat.

În dicționarele medicale, diagnosticul se definește ca fiind: „stabilirea precisă a bolii pe baza simptomelor subiective și obiective pe care le prezintă bolnavul, a rezultatului examenelor de laborator și a explorărilor funcționale executate" (*Dicționar medical*, Editura Medicală, București, 1969). De-a lungul anilor, identificarea bolilor a devenit tot mai precisă,

fără să se ajungă întotdeauna la certitudine, în ciuda progreselor medicinii și perfecționării mijloacelor de investigație. În aceste condiții, dezvoltarea diagnosticului trebuie raportată direct la dezvoltarea medicinei, dar fără a se identifica una cu alta. În cele ce urmează, vom reține numai acele date din istoricul medicinii care au influențat mai mult sau mai puțin diagnosticul. Pe de altă parte, este necesar a se ține seama și de autorii care au contribuit la progresele realizate. Îi vom menționa și ne vom folosi de citate, în măsura posibilului, luate din propriile lor opere, pentru a le reda cît mai fidel gîndurile.

Apariția diagnosticului, ca mijloc de identificare a bolilor, a reprezentat o mare cucerire în domeniul asistenței medicale. Condițiile necesare acestei apariții au fost create încă în lumea civilizațiilor antice, o dată cu primele elemente de patologie, reflectînd cunoașterea proceselor morbide din acele vremuri. Marele merit revine medicinii greco-romane, reprezentată, în primul rînd, de Hipocrat (460—375 î.e.n.). Opera lui a fost comentată și interpretată de pe multiple poziții, nu însă întotdeauna cu claritatea pe care o cere o asemenea analiză. Din punctul care ne interesează aici, considerăm ca deosebit de instructivă o evaluare a contribuției adusă de „părintele medicinii" cu privire la diferitele capitole din studiul bolilor, așa cum figurează în patologie.

Hipocrat a manifestat preocupări deosebite pentru etiologia bolilor. El le atribuia unor cauze naturale, de ordin fie extern (anotimpuri, factori meteorologici), fie intern (deficiențe alimentare sau igienice). În acest mod, a alungat supranaturalul și misticismul ca factori presupuși cauzali în producerea bolilor. Cu privire la patogenie, Hipocrat a interpretat în mod obiectiv mecanismul lor de producere, respingînd arbitrarul și fantasticul, caracteristice concepțiilor anterioare. Astfel au fost puse bazele medicinii raționale, care reprezintă titlul de glorie al medicinii hipocratice. În legătură cu manifestările simptomatice ale îmbolnăvirilor, o altă importantă realizare o constituie observația și examenul bolnavului, ținîndu-se seama numai de ce este obiectiv, perceptibil prin simțuri, eliminîndu-se subiectivismul și aleatoriul. Au fost astfel descoperite noi semne, destinate să permită aprecierea gravității bolii și stabilirea conduitei terapeutice. Cu privire la diagnostic, contribuția lui Hipocrat a fost numai indirectă. El nu urmărea să depisteze semne clinice în vederea identificării bolii și a diferențierii ei de alte boli, ci, mai degrabă, să poată stabili, cu ajutorul lor, prognosticul. *„Cel mai bun medic este acela care știe să prevadă mai bine și să prezică"* se spune în *Tratatul asupra prognosticului*. În textele tratatului, prognosticul nu mai este divinator, ci bazat pe argumente clinice. În același tratat se subliniază: *„În ce mă privește, eu nu ghicesc, ci țin să descriu semnele care ne permit să stabilim care sînt bolnavii ce se vor vindeca și cei ce vor muri; care sînt aceia care vor fi scurt timp sau vreme mai îndelungată bolnavi"*. În colecția vastă de scrieri hipocratice se găsesc numeroase date asupra bolilor, privite din unghiuri diferite, dar nu se găsește o descriere metodică și completă a unei boli. În tratatul asupra epilepsiei, de exemplu, se arată că această boală nu este cu nimic mai sacră decît alte boli; sînt redate fapte de observație, reguli de prognostic, sfaturi de ordin terapeutic, dar nu se arată explicit care sînt caracteristicile bolii ori cum poate fi deosebită de alte afecțiuni nervoase. Epilepsia este deci apreciată ca o entitate morbidă; nu este însă bine definită și nici corect delimitată; mai ales, nu apare nimic legat de diagnostic.

O dovadă peremptorie a preeminenței prognosticului asupra diagnosticului reiese și din înțelegerea acordată de „părintele medicinii" *faciesului hipocratic*, pe care il descrie atît de convingător în *Tratatul asupra prognosticului: „Nasul devine ascuțit, ochii înfundați, sprîncenele apropiate, urechile mici, chircite, cu lobulii răsfrînți, pielea frunții aspră, întinsă și uscată, culoarea întregului obraz palidă, verzuie, lividă sau plumburie"*. Acest facies era considerat ca semnificînd apropierea morții și nicidecum ca un semn, ca un stadiu de boală, într-o supurație abdominală sau într-o ocluzie intestinală, menționate de altfel în scrierile hipocratice. Alături de acestea, printre afecțiunile chirurgicale cunoscute în acea vreme, reduse la număr de altfel, pot fi menționate icterele, splenomegaliile, hemoroizii, hidropizia, erizipelul, tetanosul și abcesele de diferite tipuri. În total, în tratatele hipocratice sînt descrise în jur de patruzeci de boli și sindroame, un loc aparte deținînd afecțiunile de ordin medical, ca febrele, anginele, litiazele, pleureziile și peripneumonia, ulcerele, pentru explicarea cărora Hipocrat formulează teoria umorilor, a „cocțiunii" și a crizelor. Toate acestea ne interesează aici mai puțin, deoarece în ciuda unor observații precis notate și a consemnării de fapte obiective, lipsește raționamentul clinic care să permită elaborarea diagnosticului. Necesitatea acestuia se făcea mai puțin simțită, dar erau deja create premisele edificării lui: acestea erau observația și examenul bolnavului, bazate pe experiență și pe rațiune. Sub acest aspect cităm o observație clinică luată din *Tratatul asupra epidemiilor*, cartea a V-a, care ni se pare deosebit de edificatoare ca exemplu de descriere: *„Ofițerul unui vas mare a avut osul degetului index al miinii drepte zdrobit de o ancoră. S-au produs inflamația și gangrena, urmate de febră. A luat un purgativ ușor, care a făcut să scadă fierbințeala și durerile. O parte a degetului s-a detașat. După șapte zile s-a scurs o materie purulentă, cleioasă. A spus că îi vine greu să vorbească. Am anunțat atunci că va cădea în opistotonos. Maxilarele i s-au încleștat, gîtul a devenit rigid. Tot corpul s-a arcuit înapoi. Au apărut transpirațiile și bolnavul a murit în ziua a șasea a prezicerii mele"*.

În fine, printre numeroasele volume ale colecției hipocratice merită a fi menționate tratatele asupra fracturilor și luxațiilor. Asupra lor s-a concentrat întotdeauna atenția lui Hipocrat; le descrie corect și le tratează prin metode dintre care unele au rămas pînă în zilele noastre.

Noi progrese în domeniul medicinii sînt înregistrate la școala din Alexandria, spre anul 300 î.e.n., îndeosebi în domeniul anatomiei, grație posibilității de a diseca și cadavre umane. Arterele sînt deosebite de vene, se evidențiază circulația limfatică, se disting nervii senzitivi de cei motori și se precizează legăturile lor cu măduva spinării și cu creierul. Sînt descriși ventriculii cerebrali, despre care se credea că nu conțin decît „pneuma". Sînt identificate noi afecțiuni, ca anevrismele arteriale, atacate prin aceleași metode chirurgicale menționate și în cele mai noi tratate de tehnică operatorie. Din punctul de vedere ce ne interesează, este de semnalat cercetarea pulsului, la care se recurge pentru prima dată ca mijloc de investigare clinică.

Medicina greacă este preluată de romani, iar nivelul atins în cunoaștere și practică este redat cu multă exactitate de către Aulus Cornelius Celsus (secolul I e.n.) în lucrarea *De Re Medica*. În această lucrare apar primele încercări de clasificare a bolilor. Celsus distinge bolile generale, ca febrele, hidropizia, bolile mintale, de bolile localizate, ca anginele, dizenteria, hepatitele. Descrierea bolilor este sumară și incompletă, dar Celsus face eforturi de clasificare, demne de subliniat la un autor despre care nu

se știe dacă a fost medic. Demnă de remarcat este și raportarea unor semne la cauza lor. „Sînt patru semne care caracterizează inflamația — roșeața, tumora, căldura și durerea" spune autorul. Este vorba de *rubor, tumor, calor, dolor*, atît de familiare astăzi tuturor medicilor. Dar depistarea semnelor este orientată și la Celsus spre prognostic. Sînt indicate semnele „rele" — ca extremitățile reci, fotofobia, ortopneea, sughițul, unele modificări ale pulsului, ca și unele tulburări urinare — care lasă să se întrevadă un sfîrșit iminent. În fine, o dată cu Celsus este de semnalat și apariția noțiunii de *sindrom*, o grupare de semne care realizează un tablou clinic particular, căruia i se pot găsi mai multe explicații.

Observația și examenul bolnavului, depistarea semnelor clinice, descrierea și încercările de clasificare a bolilor au creat premisele apariției diagnosticului ca mijloc de identificare și de diferențiere ale proceselor morbide în cadrul patologiei. Dar cel care a avut contribuția decisivă la această realizare a fost Galen (131—201 e.n.).

Opera lui Galen este impresionantă. Din cele peste 500 de tratate și lucrări care îi aparțin, abia a zecea parte au ajuns pînă la noi. Alături de Hipocrat, Galen este cel mai mare personaj al lumii antice, iar opera lui și-a pus amprenta pe evoluția medicinii timp de peste 15 secole. Observațiile sale și teoriile pe care le-a formulat au fost acceptate ca literă de lege, chiar și cele mai puțin verosimile dintre ele.

Galen a fost un mare anatomist și un fiziolog experimentat, și în aceeași măsură un medic renumit, care nu s-a sfiit să-și cultive reputația. Ca anatomist a descoperit nervii recurenți, nervul frenic, a stabilit funcția mușchiului diafragmatic și a întreprins importante cercetări în domeniul sistemului nervos. Urmărea permanent să atribuie un simptom unei leziuni anatomice. Iată un exemplu de descriere de acest gen: „*Un medic avînd de îndepărtat o gușă din profunzimea gîtului, de teamă să nu secționeze un vas, nu a folosit cuțitul pentru a secționa membranele, ci le-a divizat cu unghia. Cum era ignorant, nu și-a dat seama că a rupt nervii recurenți, astfel că și-a vindecat bolnavul de tumoare, dar l-a făcut să devină mut. Un alt medic efectuînd aceeași operație pe un copil l-a făcut pe jumătate mut, unul singur din cei doi nervi fiind lezat. Toată lumea găsea că este curios ca vocea să fie afectată fără ca laringele sau traheea să fie atinse. Cînd le-am arătat nervii fonetici mirarea lor a încetat*".

Ca fiziolog, Galen a fost interesat în mod deosebit de funcțiile nervilor, ale măduvei și creierului. El a practicat experiențe pe un mare număr de animale, căutînd explicația paraliziilor musculare la distanță de secțiunea unui nerv sau a măduvei spinării: „[...] *dacă măduva este lezată în întregime la nivelul unei vertebre, toate părțile inferioare sînt paralizate. Dacă este lezată numai de o parte, fără ca cealaltă parte să fie afectată, paralizia interesează numai regiunile de aceeași parte. Dacă rădăcina unui nerv este lezată, paralizia nu va afecta decît părțile unde se distribuie nervul. Dacă cunoașteți cu exactitate aceste raporturi nu mai chinuiți membrele paralizate neglijînd rahisul; dar ocupîndu-vă de acesta veți obține vindecarea la locul afectat*".

Marele merit al lui Galen, din punctul de vedere al diagnosticului, este acela că a folosit, alături de observația și examenul bolnavului, raționamentul clinic, bazîndu-se pe cunoștințele de anatomie și de fiziologie. A acordat atenție și clasificării bolilor și diagnosticului diferențial complet neglijat pînă la el. Galen a fost, fără îndoială, foarte inteligent, dar de o inteligență speculativă considerăm noi, care l-a dus și la numeroase greșeli

de interpretare. Pentru a ilustra felul său de a gîndi, cît și comportamentul său, sub aspectul caracterului și al temperamentului, redăm o parte dintr-o povestire care este foarte ilustrativă.

Într-o zi, Galen, însoțit de filozoful Glaucon, merge să vadă la domiciliu un bolnav, care era și el medic. Filozoful i-a mărturisit pe drum că a fost informat că Galen ar face diagnostice și prognosticuri care țin mai mult de divinație decît de arta medicală. „*Doresc, a spus acesta, să am o dovadă nu despre știința voastră, ci despre capacitatea artei medicale în stare să facă diagnostice și prognosticuri atît de uimitoare*". Înainte de a-i răspunde au ajuns la locuința bolnavului și iată cum povestește Galen ce a urmat: „*Între timp am ajuns la poarta bolnavului și nu am mai putut să răspund întrebărilor și să-i spun ceea ce voi știți și eu repet deseori, că, uneori, din fericire, se manifestă semne indubitabile, dar că alteori, toate sînt îndoielnice, așa că trecem la un al doilea sau al treilea examen*". La intrarea în camera bolnavului, tocmai ieșea un servitor care purta un recipient în care erau materiile fecale ale suferindului. Deși le-a văzut doar în trecere, și-a dat imediat seama că este vorba de un hepatic. Galen povestește mai departe: „*Fără să las să se vadă ceva, m-am apropiat cu Glaucon de bolnav și i-am luat brațul, vrînd să văd dacă este vorba de inflamația viscerului sau numai de atonie. Pacientul care era medic, așa cum am spus deja, tocmai s-a culcat după ce a avut scaun. « Țineți seama, mi-a spus el, că frecvența pulsului este crescută datorită efortului pe care l-am făcut ca să mă scol ». Așa mi-a vorbit el și am găsit în asta un indice de inflamație. Apoi, văzînd așezat pe fereastră un borcan conținînd infuzie de isop îndulcită cu miere, m-am gîndit că medicul socotea că suferă de pleurezie și că resimțea sub falsele coaste durerea care survine adeseori în inflamațiile ficatului. Am cugetat că această durere, însoțită de respirație mai superficială și, poate, de mici accese de tuse, l-au făcut să creadă că este atins de pleurezie și că, în consecință, și-a preparat poțiunea de pe fereastră.*"

„*Dîndu-mi seama că Fortuna mi-a oferit prilejul să cresc în stima lui Glaucon, am pus mîna pe falsele coaste, în partea dreaptă a pacientului și am indicat locul unde am zis că se găsește boala. Pacientul a aprobat și Glaucon, crezînd că numai pulsul mi-a permis să stabilesc sediul suferinței, era vizibil tulburat. Pentru a-l impresiona și mai mult am adăugat: « Dacă ați recunoscut că acolo vă doare, admiteți și nevoia de a tuși și că, din cînd în cînd, sînteți prins de o tusă uscată, fără expectorație ». Tocmai cînd rosteam aceste cuvinte, a tușit întîmplător, chiar așa cum am spus. Atunci Glaucon, cuprins de admirație, nu s-a reținut să îmi aducă elogii cu voce tare. « Să nu credeți că doar atît poate indica arta, numai atingînd bolnavul. Ea ne poate indica mult mai mult. Chiar și bolnavul o poate certifica ». M-am adresat atunci acestuia din urmă: « Cînd respirați mai adînc, simțiți o durere mai vie la locul pe care l-am indicat; simțiți, de asemenea, o greutate în hipocondrul drept ». La aceste cuvinte bolnavul nu s-a mai putut stăpîni; plin de admirație s-a asociat exclamațiilor măgulitoare ale lui Glaucon*".

În continuare, Galen redă detaliat discuțiile pe care le-a avut cu bolnavul, pentru ca, în final, să-i comunice filozofului că poate chiar să indice diagnosticul pe care și l-a pus însuși bolnavul: „*Cînd i-am spus că se credea atins de pleurezie, a recunoscut, mărturisindu-și admirația, ca și servitorul, revenit în cameră, care știa că suferă de pleurezie*". În încheiere, Galen mărturisește: „*Din acel moment, Glaucon și-a format o părere foarte avantajoasă despre mine și despre arta medicală, pe care o prețuia prea puțin înainte, întrucît nu a avut de a face cu oameni versați în această artă*".

Pe marginea povestirii de mai sus se pot face numeroase observații, unele chiar dezavantajoase pentru Galen. Dar ceea ce trebuie reținut în primul rînd este suplețea gîndirii, asociată unui spirit de observație foarte ascuțit. Raționamentele la care a recurs tot timpul reprezintă baza logică a diagnosticului și în aceasta constă marele merit al lui Galen. Raționamentul clinic și observația bolnavului, destinate să deceleze simptomele, reprezintă două din elementele pe care se fundamentează diagnosticul. Cel de-al treilea element îl constituie cunoașterea, fără de care nu se poate identifica o boală. Numărul proceselor morbide cunoscute în vremea lui Galen nu era cu mult mai mare decît în timpul lui Celsus, dar bolile erau mai ușor de identificat și diferențiat unele de altele datorită unei mai bune înțelegeri a simptomelor și unei mai bune evaluări a resurselor examinării bolnavului. În vremea lui Galen exista deja noțiunea de semn patognomonic, erau luate în considerare caracterele durerii, în funcție de sediu și de cauză, se acorda o mai mare importanță pulsului ca simptom și element de prognostic, iar

la examen se făcea o diferențiere între ascită și timpanism (meteorismul în ocluzie n.n.), cu ajutorul percuției abdomenului cu întreaga palmă, iar retenția de urină se atribuia paraliziei vezicale sau obstrucției uretrei.

În opera lui Galen, impresionantă prin volum și prin marele număr de elemente pozitive, există însă și părți negative. Ca anatomist, susține existența unor comunicări directe între ventriculul drept și stîng al inimii, iar ca fiziolog admite că sîngele circulă în două sensuri în vene și că se întîlnește cu „pneuma", suflul vital, în interiorul cordului. Dar deficiențele majore ale lui Galen constau în interpretări și în teoriile sale, adeseori fanteziste, cu privire la geneza bolilor. În domeniul chirurgiei, Galen considera că supurația este un proces necesar în vindecarea plăgilor. Din păcate, multe din afirmațiile sale au constituit literă de lege, iar teoriile lui au fost admise secole de-a rîndul ca adevăruri inatacabile, pînă dincolo de Evul Mediu. Dacă supurația era necesară în vindecarea plăgilor, urmașii săi au provocat supurația prin cauterizări sau folosirea de substanțe iritante.

Galen a fost un mare admirator al lui Hipocrat, de la care a preluat metoda observației, așezată de „părintele medicinii" pe baze raționale și a introdus, așa cum am văzut, raționamentul clinic în identificarea bolilor. În acest mod, diagnosticul a intrat în practica medicală, ușurînd prognosticul, depășindu-l însă în importanță, și a creat condiții favorabile activității terapeutice. Urmașii imediați ai celor doi mari predecesori se situează în postura de epigoni, dar au păstrat bunurile teoretice cîștigate, pînă la căderea Romei. Se poate spune deci că diagnosticul medical a prins viață și s-a dezvoltat în epoca medicinii greco-romane, extinsă pe o perioadă de timp de zece secole, pînă la prăbușirea Imperiului roman, cînd au apărut noi condiții social-istorice, de pe urma cărora au avut de suferit atît dezvoltarea medicinii, cît și evoluția diagnosticului.

După căderea Romei s-a înregistrat un important declin al medicinii pe tot cuprinsul Europei, care s-a menținut de-a lungul întregului Ev Mediu. În acest interval de timp, ce a durat peste o mie de ani, medicina și-a păstrat suflul în Imperiul Bizantin și în lumea arabă.

Medicina bizantină are meritul de a fi organizat asistența sanitară pe principiile medicinii greco-romane, într-o formă ce poate fi considerată chiar superioară. Dar autorii bizantini nu au adus nimic nou. Ei au fost simplii traducători sau compilatori, iar unii dintre ei nici nu au practicat medicina. A existat totuși un grup de medici mari, care, pe lîngă activitatea de cărturari, s-au impus și prin modul cum practicau examenul bolnavilor, identificînd semnele clinice de natură să permită diagnosticul. Ca exemplu îl putem cita pe Alexandru din Tralles (525 — 605): *„Ascita"*, spunea el, *„se recunoaște prin fluctuație, cînd lichidul dinăuntru se mișcă încoace și încolo, ca vinul în burduf; timpanita se cunoaște după zgomotul ca de tobă cînd ciocănim pe umflătură, iar anasarca, după aspectul ca de cadavru al pielii și după adîncitura ce rămîne pe locul unde ai apăsat cu degetul și care persistă și după ce ai ridicat degetul"*. Dacă însă autorii bizantini nu au introdus elemente noi în știința medicală, ei au verificat pe cele vechi prin proprie experiență, aducînd clarificări, așa cum reiese din citatul de mai sus. În esență, se poate spune despre ei că au consolidat terenul cucerit de medicina greco-romană.

Medicina arabă, la rîndul ei, s-a manifestat inițial tot prin culegerea și traducerea textelor autorilor din antichitate. Dar limba în care erau făcute traducerile nu avea precizia limbii grecești, iar retraducerile ulterioare în latină alterau adeseori sensul scrierilor originale. Arabii și-au cîști-

gat însă merite în plus prin înfiinţarea de şcoli medicale, dintre care Şcoala de la Bagdad şi cea de la Cordova au ajuns celebre. În plus, au fost înfiinţate spitale unde se practica un învăţămînt clinic, de tip universitar, dar ceva mai rudimentar. În fine, în medicina arabă şi-au cîştigat celebritatea numeroşi savanţi, deasupra tuturor situîndu-se Ibn Sina, cunoscut sub numele latinizat de Avicenna (980—1037). Acesta a fost filozof, poet, savant, dar mai presus de toate un mare medic — motiv pentru care a fost supranumit „Principele medicinii". Opera lui capitală este *Canonul ştiinţei medicale*, considerată timp de secole ca o adevărată biblie medicală. Autorul face o expunere a tot ce se ştia în acea vreme în domeniul respectivei ştiinţe, prezintă observaţii clinice amănunţite, descrie bolile de la cap în jos (*a capite ad calcem*, în traducerile latine), precizînd simptomele ce permit diagnosticul şi încercînd o clasificare a îmbolnăvirilor. Descrierile sînt precise şi argumentate. Iată, de exemplu, cum descrie pleurezia: „*Semnele pleureziei simple sînt evidente; febra este continuă; există o durere violentă sub coaste, care nu apare uneori decît cînd bolnavul respiră profund* [...] *Al treilea semn este reprezentat de jena şi acceleraţia mişcărilor respiratorii. Al patrulea semn constă în rapiditatea şi slăbirea pulsului. Tusea constituie al cincelea semn; ea este uscată la început, apoi productivă; în acest din urmă caz înseamnează că există şi o atingere a plămînului*" [...] Deosebit de instructiv sub aspectul descrierii evoluţiei unei supuraţii profunde este textul următor: „*Cînd există o supuraţie internă este prezentă o durere intensă, însoţită de febră; limba devine rugoasă şi se manifestă o stare de mare slăbiciune. Simptomele se accentuează. Induraţia şi tensiunea devin evidente. Se produce o pierdere în greutate, ochii se înfundă. În momentul cînd abcesul se deschide se manifestă o creştere a fenomenelor termice, pulsul devine inegal şi slab. Puroiul îşi face drum spre exterior, direct sau prin expectoraţie, vărsături, scaun sau urină. Odată abcesul deschis, semnele se atenuează, febra dispare, respiraţia se uşurează şi forţele revin*". În fine, în legătură cu terapeutica, bazată pe diagnostic, şi tratamentul simptomatic, Avicenna spune: „*Este necesar să facem eforturi pentru a trata însăşi boala şi nu simptomul; dar dacă simptomul devine urgent, vom renunţa temporar la îngrijirea bolii şi vom trata simptomul*".

În această perioadă de înflorire a medicinii arabe, în Europa, medicina îşi duce cu greu viaţa în penumbra Evului Mediu. Medicina internă se reduce la discuţii sterile, bazate pe reminiscenţe ale teoriilor galenice, în timp ce chirurgia este lăsată pe mîna meşteşugarilor. Un suflu nou se observă abia spre sfîrşitul secolului al IX-lea, cînd ia fiinţă şcoala medicală de la Salerno. Aceasta devine un focar de cultură medicală, care se dezvoltă impetuos sub influenţa medicinii arabe. Un alt focar de cultură şi învăţămînt medical se dezvoltă ceva mai tîrziu la Montpellier. Se revine la studiul autorilor greco-romani, persistă însă tendinţa spre teoretizare, reprezentată prin discuţii scolastice, neglijîndu-se practica. Nu se simte necesitatea diagnosticului, iar examenul bolnavului se reduce la perceperea pulsului şi la aprecierea vizuală a culorii şi a transparenţei urinii. Cu toate acestea, au fost realizate însemnate progrese datorită laicizării şcolii medicale salernitane şi a unui spirit novator, manifestîndu-se în gîndire şi în acceptarea noului. Iar acest nou consta în observaţia bolnavului, depistarea atentă a semnelor clinice, aşezarea învăţămîntului medical pe baze raţionale, care au început să se afirme progresiv sub influenţa medicinii arabe şi a elementelor pozitive din scrierile vechilor autori. Aceasta a fost situaţia pînă în momentul Renaşterii, cînd a avut loc marele salt în evoluţia medicinii occidentale.

Progresele realizate în secolele al XV-lea și al XVI-lea, aparținînd Renașterii, se datorează, în primul rînd, progresului științelor, în general și evoluției diferitelor discipline medicale, în particular. Grație disecțiilor de cadavre, descoperirile anatomice se țin lanț și se corectează erorile galenice privind structura corpului uman. Fiziologia, deși cu oarecare întîrziere, face și ea mari pași înainte, prin descoperirea circulației, aducîndu-se precizări în legătură cu funcția pompei cardiace, a rolului circulației sistemice și a micii circulații. O dată cu respingerea observațiilor greșite și a teoriilor fanteziste din antichitate, se înregistrează o apropiere de bolnav, care este examinat acum îndeaproape, în vederea depistării semnelor clinice și a identificării bolii.

Un factor important de progres în evoluția medicinii, cu repercusiuni dintre cele mai favorabile asupra diagnosticului, îl constituie libertatea de gîndire și spiritul critic. Cu privire la modul de gîndire, poate fi citat Andreas Vesal (1514—1564), care a adus o contribuție hotărîtoare la dezvoltarea anatomiei: *„Mi-am luat sarcina să demonstrez structura omului pe el însuși. Galen a făcut autopsii pe animale și nu pe oameni, în special pe maimuțe. Nu este vina lui, el nu a avut altă posibilitate. Dar sînt vinovați cei care, în prezent, avînd în fața ochilor organele omului, se încăpățînează cu reproducerea greșelilor. Oare respectul față de memoria marelui savant trebuie să se exprime prin repetarea greșelilor lui? Nu este permis să repetăm de la catedră conținutul cărților ca papagalii, fără să folosim observațiile proprii"*. Adversitatea față de dogmele galenice și-au manifestat-o și alți autori, în diferite chipuri. Paracelsus (1493—1541), considerat ca reformatorul medicinii, și-a manifestat protestul arzînd în piața publică, în mod demonstrativ, operele lui Galen.

Un alt factor de progres l-a constituit redactarea lucrărilor medicale în limbile naționale, pentru a fi pe înțelesul tuturor. Paracelsus cunoștea latina, dar a scris în limba germană, întrucît medicina nu trebuie să fie apanajul unui cerc restrîns de inițiați, spunea el, în timp ce Ambroise Paré a recurs la limba franceză pentru că nu cunoștea altă limbă. Apariția tiparului a permis publicarea cărților în număr mare și răspîndirea lor în masa largă a medicilor.

Paracelsus și Ambroise Paré sînt cei doi corifei ai medicinii Renașterii. Primul dintre ei a fost un experimentator și un novator, exploziv și bătăios ca temperament, cu idei personale privind influența factorilor cosmici în geneza bolilor. A manifestat un mare atașament față de suferinzi și a instruit elevii la patul bolnavului. A studiat bolile minerilor și a coborît în mine spre a cerceta condițiile de muncă. În materie de terapeutică a folosit mijloace chimice și poate fi considerat ca inițiatorul chimioterapiei. Ambroise Paré, așa cum am văzut, este un reformator în tratamentul plăgilor, folosind bisturiul în locul fierului roșu și ligaturile vasculare în locul cauterizărilor; a participat la campanii și a acordat asistență răniților, dînd dovadă de spirit inventiv și de multă compasiune. În timpul liber dintre campanii a inițiat noi tehnici chirurgicale, a practicat intervenții de mare amploare, a studiat și scris, desfășurînd o activitate care depășește cu mult granițele chirurgiei. În stil popular și ușor de înțeles, el spune de exemplu: *„Cînd în torace există noroi sau altă umoare, se aude un sunet ca gîlgîitul într-o sticlă pe jumătate goală"*.

În secolul următor s-a afirmat Thomas Sydenham (1624—1689), denumit și „Hipocratul englez", a cărui activitate a fost mult mai productivă din punctul de vedere al examenului clinic și al diagnosticului, în înțelesul

mai larg al acestuia din urmă. El a fost credincios metodei hipocratice, în sensul unor observații clinice obiective, fără idei preconcepute. A descris ce vedea, a căutat simptomele caracteristice unei anumite boli și a redat tablouri clinice precise, fără incursiuni de ordin patogenic sau filozofic. *„Cel care descrie o boală trebuie să aibă grijă"* spune el *„să distingă mijloacele care o însoțesc în mod necesar și care îi sînt proprii, de acelea care nu sînt decît accidentale și fortuite, precum acelea ce depind de temperament sau de vîrstă".* Cît privește tabloul unei boli, el cere: *„[...] să se observe cu atenție fenomenele clare și naturale ale bolilor, oricît de puțin interesante ar părea. Pentru aceasta medicul trebuie să imite pictorii care atunci cînd fac un portret se străduie să noteze semnele și cele mai mici detalii naturale ce se întîlnesc pe obrazul personajului pe care îl pictează".* În identificarea bolii, Sydenham recurge și la diagnosticul diferențial, discutînd erorile de diagnostic posibile, și, în același timp, indică forma clinică, care poate să difere de la un bolnav la altul. În fine, merită a fi menționate incursiunile pe care le-a făcut în domeniul clasificării bolilor, adică al nosologiei, care începe să preocupe lumea medicală: „Toate bolile" spune el „trebuie reduse la specii precise și determinate cu aceeași grijă și exactitate cu care o fac botaniștii în tratatele lor asupra plantelor".

Încercări de clasificare a bolilor s-au făcut și de alți autori, printre care H. Boorhave (1688—1738) în Olanda și Fr. Hoffmann (1660—1742) în Germania, doi autori de renume și mari șefi de școală, dar fără a reuși să impună clasificările propuse, din cauza cunoștințelor sumare privind simptomatologia și a necunoașterii cauzei bolilor. Acești autori, ca și Sydenham, au făcut operă pur clinică, fără a manifesta interes pentru leziunile pe care le prezintă cadavrele.

Încetul cu încetul, confruntarea simptomelor cu leziunile anatomice preocupă tot mai mult și în curînd se produce saltul, legat de lucrările lui Jean-Baptiste Morgagni (1682—1771). Lucrarea sa *De sedibus et cauzis morborum per anatomen indagatis*, apărută în 1761, poate fi considerată ca reprezentînd un moment epocal în înțelegerea cauzei îmbolnăvirilor. Ani și ani de-a rîndul, Morgagni a făcut autopsii și a căutat să înțeleagă ce s-a produs în fiecare caz în parte, trecînd de la leziune la simptom. Cercetările s-au bazat pe aprecieri obiective, judecată clară și mult simț critic. Nu s-a sfiit să critice opiniile altor autori, sprijinindu-se pe observații personale, judicios interpretate. A notat ce a văzut, a judecat, a căutat explicații cauzale. Astfel, opera sa este nu numai descriptivă, ci și explicativă, iar autorul s-a afirmat ca un deschizător de drumuri. A fost foarte prudent și această calitate e legată și de experiența sa atît de vastă, și de vîrsta la care a scris lucrarea, la aproape 80 de ani. Autorul a considerat că leziunea anatomică nu poate explica întotdeauna manifestările clinice și geneza bolii. Pe de altă parte, a insistat asupra faptului că leziunea observată la autopsie nu este uneori cauza, ci consecința bolii. „Ceea ce însoțește boala sînt simptomele și dacă se examinează cu atenție natura lor, succesiunea lor, durata lor și dacă sînt comparate cu leziunile observate pe cadavru și cu antecedentele bolnavului, nu va fi greu de multe ori să se distingă leziunile care au cauzat moartea, de cele care sînt consecința ei", a spus Morgagni.

Secolul al XVIII-lea marchează deci apariția unui nou capitol în patologie, acela al anatomiei patologice. Demne de relevat în acest secol sînt și eforturile susținute, în continuarea celor din anii care l-au precedat,

cu privire la clasificarea bolilor. Apar lucrări deosebit de valoroase, ca *Nosologie*, de Fr. Sauvages (1761), sau *Nosographie philosophique*, de Ph. Pinel (1798). Dar nu s-a reuşit să se stabilească clasificări satisfăcătoare. Îndeosebi, cercetările privind clasarea bolilor în ordine, genuri şi specii au eşuat de la început. Dar pentru a clasa este necesar mai întîi a identifica, iar eforturile destinate catalogării bolilor au determinat progrese însemnate în domeniul patologiei. Pinel, de exemplu, referindu-se la bolile cronice, a arătat care sînt principiile generale ale metodei de studiu şi observaţie în medicină. Sînt necesare, spunea el: 1) ,,*Observarea simptomelor, independent de orice ipoteză şi numai după impresiile făcute asupra organelor de simţ... Se impune examenul atent al stării anterioare şi al circumstanţelor fizice şi morale în care s-a găsit bolnavul. 2) Operaţia de abstracţie, pentru a îndepărta tot ce ţine de varietăţile individuale şi reţinerea numai a caracterelor distinctive şi specifice ale bolilor, observate de însuşi examinatorul sau studiate de alţi autori* [...] *Se cere perspicacitate pentru a descurca diversele feluri de simptome, care, reunite, definesc o boală complicată, dar care, considerate separat, pot fi raportate la diverse alte boli. 3) Determinarea speciei şi determinarea bolii, fixîndu-i-se locul într-un cadru nosologic... Este necesar să se urmărească uneori cursul ei timp de mai multe zile şi să se evite formulările hazardate, iar în unele cazuri obscure se cere o prudenţă extremă şi multă reţinere, pentru a persista în limitele îndoielii filozofice*''.

Un alt factor favorabil dezvoltării patologiei, în înţelesul mai cuprinzător al acesteia, îl constituie gruparea bolnavilor în spitale, studiul şi urmărirea lor, cît şi învăţămîntul bazat pe prezentarea suferinzilor în cadrul lecţiilor clinice. Unul din pionierii acestui mod de predare a fost J. Dessault, care preda lecţii clinice la Spitalul Hôtel-Dieu, începînd din 1781. Iată o imagine a unei asemenea lecţii, cum o redă M. A. Petit în elogiul adus marelui chirurg: ,,*Sub ochii auditorilor el lăsa să fie aduşi bolnavi din cei mai gravi, clasa boala, îi analiza caracteristicile, trasa conduita de urmat, practica operaţiile necesare, făcea o dare de seamă asupra procedeelor folosite şi asupra indicaţiilor, comunica zilnic schimbările survenite şi prezenta apoi starea după vindecare* [...] *sau demonstra pe corpul lipsit de viaţă cauzele care au făcut inutilă intervenţia*''. În aceste condiţii, studenţii formau un adevărat juriu, în măsură să aprecieze eventualele greşeli ale maestrului, adeseori mult mai instructive decît succesele.

Secolul al XVIII-lea este, aşa cum am văzut, secolul iniţierii căutărilor referitoare la cauzalitatea îmbolnăvirilor, fundamentate pe prezenţa leziunilor anatomice, şi al încercărilor de identificare a bolilor în vederea clasificării lor. În acest mod se creează premisele metodei anatomo-clinice, care se impune în primii ani ai secolului următor şi reprezintă un moment hotărîtor în evoluţia medicinii. Astfel, secolul al XIX-lea devine secolul marilor clinicieni şi al consacrării diagnosticului. La promovarea şi deplina afirmare a metodei anatomo-clinice au contribuit, în Franţa, trei autori: Bichat, Corvisart şi Laennec.

M. F. Bichat (1771—1802) a valorificat lucrările lui Morgagni, cărora urmaşii săi imediaţi nu le-au dat prea multă importanţă. Dar, pe lîngă anatomia macroscopică, Bichat a acordat interes anatomiei şi patologiei tisulare. Capitolele patologiei nu au mai vizat organele din cap sau abdomen, ci ,,sistemul nervos'' sau ,,sistemul muscular''. El nu a fost numai anatomist şi experimentator, ci şi un mare clinician. Existenţa sa a fost însă curmată precoce, înainte de a fi putut face dovada întregii sale capacităţi. Un citat din *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine* (1801) reflectă

cel mai bine creditul pe care îl acordă metodei anatomo-clinice: *„Medicina a fost multă vreme exclusă din sînul științelor exacte; ea nu va avea dreptul să li se alăture, cel puțin pentru diagnosticul bolilor decît cînd va fi reușit să asocieze la rigoarea observațiilor clinice examenul alterărilor pe care le suferă organele noastre. Această direcție începe să se impună tuturor spiritelor raționale; ea se va generaliza, fără îndoială, în curînd [...]. Căci, ce este observația dacă se ignorează sediul răului? Veți putea, timp de douăzeci de ani, lua de dimineața pînă seara note la patul bolnavului, asupra afecțiunilor cordului, a pulmonilor, a viscerelor gastrice etc. [...] și tot nu va fi pentru voi decît confuzie în simptome, care, nelegate de nimic, nu vă vor oferi, în mod necesar, decît o suită de fenomene incoerente. Deschideți cîteva cadavre și veți vedea imediat risipindu-se obscuritatea pe care singură observația nu ar fi putut face să dispară"*.

J. N. Corvisart (1755—1821) a făcut pentru medicina internă ceea ce Dessault a făcut pentru chirurgie: învățămîntul la patul bolnavului. El a discutat diagnosticul în fața elevilor, l-a stabilit pe baza semnelor clinice, relevate în urma unui examen precis și metodic al bolnavului. Astfel, a prins viață clinica, reprezentînd practica în medicină, în opoziție cu patologia, care constituie latura ei teoretică. Paralel cu învățămîntul pur teoretic din centrele universitare, spitalele au devenit clinici, unde instrucția se făcea în prezența bolnavului, iar recursul la lecțiile în amfiteatru a obligat clinicianul să-și ridice permanent nivelul profesional.

Unul din marile merite ale lui Corvisart este și acela de a fi reluat și valorificat percuția toracică, imaginată și descrisă de Auenbrugge cu peste patruzeci de ani înainte (1761), dar uitată de compatrioții săi. Dintre numeroase opere scrise este de reținut *Essai sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux*, publicată în 1806, în care a adus importante contribuții la studiul acestor boli. În fine, Corvisart a fost un nonconformist, care s-a ridicat împotriva unor dogme perimate, în care mulți continuau să creadă: *„Teoria tace sau se prăbușește la patul bolnavului pentru a ceda locul observației și experienței; ehei, pe ce se fundamentează experiența și observația dacă nu pe aportul simțurilor noastre? Și ce ar fi și una și alta fără aceste călăuze fidele?"* Cît de mult a impresionat Corvisart pe contemporanii săi reiese și din următoarea observație a lui Napoleon: „Nu cred în medicină, dar cred în Corvisart".

Dar personalitatea cea mai proeminentă la începutul secolului trecut, omul care a dezvoltat și fructificat la maximum metoda anatomo-clinică, este fără îndoială T. R. Laennec (1781—1826). Opera sa este impresionantă, iar valoarea realizărilor sale a rezistat uzurii timpului. Laennec a fost un mare clinician, care nu a încercat să formuleze noi teorii sau să facă încercări speculative în domeniul nosologiei. El a cercetat, a adunat documente cu o extremă rigoare, s-a bazat pe fapte precise observate și s-a încrezut numai în semne sigure. Toată cercetarea sa clinică s-a fundamentat pe baze anatomice, pe leziuni capabile să explice tulburările funcționale. *„Anatomia patologică"* spune el, *este o știință care are drept scop cunoașterea alterărilor vizibile pe care starea de boală le produce asupra organelor corpului uman. Deschiderea cadavrelor este mijlocul de a ajunge la această cunoaștere. Dar ca ea să fie direct utilă [...] trebuie să se țină seama de observația simptomelor sau de alterarea funcțiilor care coincid cu toate felurile de alterare a organelor"*. Astfel, privirea medicului parcurgea un drum care nu îi era deschis pînă atunci, o cale verticală, de la simptomul situat în afară spre profunzimea țesuturilor, drum care putea fi parcurs în două sensuri.

În miinile lui Laennec, metoda anatomo-clinică s-a arătat extrem de fecundă. Au fost identificate noi semne, semnificația manifestărilor morbide a devenit mai clară, au fost izolate noi entități patologice. Descoperirea sa epocală a fost însă auscultația. Descrierea lui Laennec privind condițiile în care a imaginat metoda este emoționantă, iar încrederea cu care a început experimentarea impresionantă: *„Cu această convingere am început pe loc, la Spitalul Necker, o serie de observații care au avut ca rezultat noi semne, sigure, ușor de sesizat în cele mai multe cazuri, și proprii să permită diagnosticul aproape în toate bolile plămînului, a pleurei și a inimii, mai veridice decît cele aparținînd diagnosticului chirurgical, stabilite cu ajutorul sondei sau al degetului"*

Prima ediție a lucrării sale capitale — *Traité de l'auscultation médicale* — a apărut în 1819, a doua ediție în 1826. În capitolele de patologie din acest tratat, Laennec începe prin descrierea leziunilor anatomice, după care prezintă simptomele și observațiile detaliate, fără înflorituri și considerații superficiale. Locul principal îl ocupă studiul semnelor și aportul lor în edificarea diagnosticului. Aceasta constituie consacrarea semiologiei, care rămine un bun cîștigat și un factor de bază în învățămîntul medical.

Confruntarea sistematică a manifestărilor clinice cu leziunile anatomice, noile metode de investigație — percuția și auscultația —, cît și aportul unor personalități proeminente au asigurat medicinii franceze o poziție de prim plan în ierarhia mondială. Printre aceste personalități merită a fi menționat Bouillaud(1796—1881). Printre numeroasele tratate pe care le-a scris, privind reumatismul articular acut, bolile inimii, fiziologia și clinica bolilor encefalului, se întilnesc și considerații contingente, în treacăt cel puțin, cu filozofia: *„Dacă există o axiomă în medicină, aceasta constă în afirmația că nu există nici o boală care să nu aibă un sediu. Dacă s-ar admite opinia contrară, ar trebui să se admită că există și funcții fără organe, ceea ce nu este decît o absurditate. Determinarea sediului bolilor sau a localizării lor este una din cele mai frumoase cuceriri ale medicinii moderne"*. Această medicină modernă, despre care vorbește Bouillaud, se situează în jurul anului 1840, cînd a apărut *Traité clinique du rhumatisme articulaire aïgu et la loi de la coincidence des inflammations du cœur avec cette maladie.*

La dezvoltarea clinicii și a semiologiei au contribuit, în prima jumătate a secolului trecut, și autori din alte țări: Joseph Skoda, autorul unui tratat asupra percuției și auscultației, apărut la Viena ln 1839: L. Schönlein, care descrie în Germania, tot în 1839, purpura reumatoidă; D. J. Corrigan, care atribuie suflurile cardiace insuficiențelor valvulare, comunicînd în 1832, în Anglia, unsprezece cazuri de insuficiență aortică; R. Bright, primul clinician englez care studiază bolile renale bazat pe metoda anatomoclinică; J. Mudrov, principalul reprezentant al școlii clinice ruse; aceștia, împreună, au permis medicinii să facă cel mai mare salt de la Hipocrat încoace.

Marii clinicieni ai secolului al XIX-lea s-au impus în primul rînd prin activitatea pe care au desfășurat-o la patul suferinzilor. Atunci, diagnosticul s-a situat pe primul plan, în detrimentul prognosticului, atît de scump vechilor autori. Clinicienii nu s-au mulțumit să verifice diagnosticul la masa de autopsie, ci au căutat să-și imagineze leziunile organelor, ca un moment obligatoriu în definitivarea diagnosticului. Pentru aceasta, s-a insistat asupra unui interogator minuțios, unui examen complet și metodic al bolnavului, în „ordine anatomică", de la cap spre picioare sau de jos în sus, ori în „ordine fiziologică", de la aparat la aparat. S-au descris noi semne clinice, s-au identificat noi entități patologice. În acest fel, numeroși autori și-au înscris definitiv numele în istorie: Dupuytren (1771—1835), Addison (1793—1860), Hodgkin (1798—

1866); Basedow (1799—1854), Cruveilhier (1791—1874), urmați de cei doi corifei ai școlii clinice franceze — Trousseau (1801—1867) și elevul său, Dieulafoy (1839—1911).

În timp ce cunoașterea în domeniul patologiei s-a îmbogățit tot mai mult, în domeniul clinicii s-a pus un accent mai puternic pe precizie și metodă în catalogarea simptomelor și a semnelor clinice, cît și pe rigoare în interpretarea lor. Patologia și clinica au format un tot și au oferit elementele necesare formulării diagnosticului. S-a mers în spiritul indicațiilor lui Laennec și s-au confirmat observațiile acestuia privind specificitatea bolilor. Fiecare boală se caracterizează prin cauză, leziuni și simptome. Iată, de exemplu, ce spune Trousseau în legătură cu bolile infecțioase: *„Aceste boli au, toate, caracterele lor specifice, absolut invariabile, prin care se disting unele de altele, indiferent de gravitatea lor. Această specificitate incontestabilă este așa de bine înscrisă peste tot încît nu este necesar, pentru a se recunoaște o entitate nosologică, de a se avea toate semnele reunite și că, după cum am văzut, la scarlatina frustă (în comparație cu rugeola, variola și varicela, n.n.) un cuvînt va fi deajuns ca să reconstituim fraza patologică în întregime, precum Cuvier readuce la viață, ca să spunem așa, specii animale dispărute, studiind unele părți ale scheletelor antidiluviene* [...] *Ceea ce imprimă bolilor specifice caracterele lor invariabile nu este cantitatea, ci calitatea cauzei morbide, invariabilă în însăși natura ei, sub influența cărora s-au dezvoltat"*.

Odată admisă natura specifică a bolilor, este necesar ca acestea să fie diferențiate unele de altele. Pentru a se evita confuzia trebuie să se procedeze la „diagnosticul diferențial". În lucrarea *Éléments de pathologie générale*, apărută în 1849, Chomel aduce precizări: *„Se scrie că diagnosticul are ca obiect distingerea bolilor. A distinge o boală înseamnează a o recunoaște ori de cîte ori există, și oricare ar fi forma sub care se manifestă; înseamnează a constata că ea nu există atunci cînd alte boli se manifestă cu simptome care seamănă cu ale ei"*. Nu este suficient, afirmă mai departe clinicienii vremii, să se stabilească diagnosticul diferențial, ci trebuie, totodată, să se menționeze și aspectele atipice ale bolii. Alături de diagnostic, apare un nou capitol în patologie, acela al „formelor clinice".

Dar, pe măsură ce s-au dezvoltat patologia și clinica, diagnosticul a devenit tot mai greu de elaborat. S-au identificat din ce în ce mai multe boli, fără să crească în același timp numărul semnelor clinice. Diagnosticul trebuia făcut pe baza unui număr relativ mic de simptome, dintre care foarte puține erau patognomonice. În ceea ce privește metodele de investigație, și acestea erau reduse, limitîndu-se, cu privire la bolile pulmonare și cardiace, la percuție, auscultație și, în mai mică măsură, la palpare. În aceste condiții, diagnosticul a devenit o artă, în care au excelat clinicienii. Identificarea bolilor s-a stabilit pe baza perceperii semnelor prin simțuri și prin gîndire, pe fundalul cunoașterii și al experienței. Acest lucru a reieșit din lecțiile clinice predate în amfiteatre și din vizitele în saloanele de bolnavi, efectuate în cadrul învățămîntului. În legătură cu utilitatea învățămîntului clinic, Trousseau afirma: *„Din ziua cînd un tînăr se pregătește să devină medic, el trebuie să frecventeze spitalele. El trebuie să vadă, să vadă tot timpul bolnavi. Materialele, deși confuze, care se adună fără ordine și metodă, rămîn totuși excelente materiale; inutile astăzi, le veți regăsi mai tîrziu îngrămădite în tezaurul propriei voastre memorii. Ajuns acum la bătrînețe, îmi amintesc bolnavi pe care i-am văzut acum patruzeci de ani, cînd făceam primii pași în carieră; îmi amintesc principalele simptome, leziunile anatomice, numărul paturilor, cîteodată numele bolnavilor*

care, în acea epocă m-au impresionat. Aceste amintiri îmi sînt utile adeseori, continuă să mă instruiască și uneori mă auziți invocîndu-le în expunerile mele clinice. Cer deci ca tînărul student să asiste zilnic la o vizită în spital".

Acum este momentul să ne oprim puțin asupra saltului calitativ pe care l-a făcut medicina în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, rămas în istorie ca un secol de mare efervescență. Primul salt îl reprezintă, așa cum am văzut, nașterea clinicii, care marchează debutul medicinii contemporane și o pune pe baze științifice. Noul salt a lărgit aceste baze și a asigurat mersul ei înainte, pînă în zilele noastre. Acest progres a fost determinat de intervenția unor noi factori, reprezentați de medicina experimentală și de bacteriologie, care și-au exercitat efectele binefăcătoare alături de histopatologie. Laboratorul și noile mijloace de investigație au intervenit ceva mai tîrziu, dar cu o eficiență crescîndă.

Medicină experimentală însemna fiziologie în slujba clinicii. Debutul acestei etape noi poate fi situat în anul 1865, cînd Claude Bernard (1813—1878), promotorul ei, a publicat celebra sa lucrare *Introduction à la médecine expérimentale.* Mai mult decît rezultatele unor cercetări de mare valoare teoretică și practică, trebuie să vedem în această operă un nou mod de a gîndi. Pînă la Claude Bernard, toată atenția era concentrată asupra leziunilor organice. De la el înainte au fost din ce în ce mai mult luate în considerare dezordinile funcționale. Pe de altă parte, prin experiment au fost verificate observațiile clinice. De aici, o colaborare fructuoasă între clinician și fiziolog. Unul observă și descrie, celălalt verifică și reproduce experimental. În numeroase cazuri, însă, clinicienii își asumă singuri aceste două sarcini.

Bacteriologia, la rîndul ei, s-a impus ca urmare directă a operei lui Pasteur (1822—1895). Grație acestei impresionante opere, cauza a numeroase boli infecțioase a fost clarificată și un mare progres a fost realizat în depistarea și prevenirea lor. Opera pasteuriană a stat și la baza identificării agenților cauzali ai infecțiilor chirurgicale și la realizarea antisepsiei și a asepsiei, care au permis chirurgiei un extraordinar salt înainte.

Un alt important factor care a contribuit la progresul cunoașterii medicale îl constituie patologia celulară, bazată pe lucrările lui Rudolf Virchow (1825—1902). De la identificarea leziunilor la nivel de organ și de țesut, s-a trecut la nivel de celulă. De aici, noi și multiple posibilități de a ușura stabilirea unui diagnostic, încă incert, sau de a rectifica ori confirma un diagnostic deja pus. Cu aceasta am ajuns la laborator și la noile mijloace de investigare, care au început să se impună în ultimele decenii ale secolului trecut.

Laboratorul și mijloace de explorare paraclinică au facilitat tot mai mult munca clinicianului și i-au dat mai multă precizie, dacă nu mai multă strălucire. A început să se manifeste o adevărată schimbare la față a medicinii, o nouă medicină, bazată pe analize și investigații de toate genurile. Clinicienii au manifestat multe rezerve, mulți dintre ei au adoptat o atitudine ostilă față de această orientare a practicii medicale care tindea să îndepărteze medicul de bolnav. Dar acesta era noul, care trebuia acceptat. În acest sens s-a pronunțat Dieulafoy în lecția de deschidere pe care a ținut-o în 1896 la clinica medicală a spitalului Hôtel-Dieu: *„Noi facem clinică în fiecare zi cînd practicăm examenul sîngelui, al urinelor, al diferitelor umori și atunci cînd punem în serviciul diagnosticului termometrul, microscopul, laringoscopul, oftalmoscopul și toate celelalte mijloace de control și de analiză.*

„Și tot așa, și tot timpul, facem clinică atunci cînd pentru a fixa un diagnostic recurgem la cercetări bacteriologice sau la cercetări experimentale".

„Clinica ia ce este bun acolo unde îl găsește: toate metodele de investigație îi cresc puterea, iar domeniul ei se extinde zi de zi. Ar fi deci greșit să se spună că există o medicină veche și una nouă; și în cazul medicinii se întîmplă la fel ca în alte domenii: ea își continuă evoluția spre progres".

„[...] Toate acestea, domnilor, ne duc spre concluzia că nu poate fi clinician, în adevăratul înțeles al cuvîntului, decît acela care duce paralel studiul bolnavului cu cercetarea de laborator".

Progresele pe care le face medicina în domeniul cunoașterii bolilor (prin laborator și noile mijloace de investigare) împing spre specializare. Această tendință a început să se manifeste încă în ultimul sfert al veacului trecut, ilustrată de cîteva personalități de mare prestigiu, dintre care merită a fi menționate: J. M. Charcot (1825—1893); J. Jackson (1835—1911), în neurologie; Potain (1825—1901) și Durozier (1826—1877) în cardiologie; F. Guyon (1831—1920) în urologie; Henoch (1820—1910) și Parrot (1829—1883) în pediatrie; Ricord (1800—1889) și Fournier (1832—1914) în dermato-venerologie. În ce privește chirurgia, aceasta s-a manifestat ca specialitate independentă și pe picior de egalitate cu medicina internă abia după Renaștere. Ea a existat însă din toate timpurile, la început cuprinsă în cadrul medicinii, cînd aceasta era încă una singură, apoi ca îndeletnicire, lăsată pe mîna meșteșugarilor, sub controlul medicilor diplomați.

La început, specialiștii activau în cadrul medicinii generale sau al chirurgiei și se remarcau doar în centrele universitare, unde începuseră să se înființeze clinici de specialitate. Abia după primul război mondial, specialitățile s-au impus ca discipline aparte și au fost create servicii independente și în afara centrelor universitare. Cu timpul, specialitățile s-au înmulțit, unele dintre ele axîndu-se pe un singur organ sau pe o anumită metodă de explorare. Această tendință spre hiperspecializare se manifestă din plin în zilele noastre și trebuie considerată ca o emblemă a progresului.

Posibilitățile actuale ale clinicianului în materie de diagnostic sînt mult mai mari decît altădată. De la diagnosticul de probabilitate se merge tot mai mult spre certitudine. Sub acest aspect, este foarte instructivă evaluarea, pe plan istoric, a dezvoltării laboratorului și a mijloacelor de investigație paraclinică.

Cu privire la examenul chimic al urinii și al sîngelui, acesta s-a impus abia spre mijlocul secolului trecut. Medicii au acordat din cele mai vechi timpuri atenție aspectului exterior al urinii, cu privire la culoare, densitate, suspensiuni. Era uroscopia practicată de rutină. În 1673, Thomas Willis a constatat că urina are gust dulce în unele cazuri, dar numai spre 1850 s-a trecut la evidențierea glucozei pe cale chimică. Tot atunci s-a evidențiat albuminuria, deși Bright a manifestat interes pentru această determinare cu douăzeci și cinci de ani înainte. În sînge, globulele roșii au fost identificate de Leuwenhoeck încă din 1673, dar numărătoarea hematiilor nu a intrat în practica curentă decît în 1875, în urma lucrărilor lui Malassez și Hayem. Dozajul ureii în sînge s-a impus abia spre 1910, în urma cercetărilor lui Widal.

De la aceste începuturi au fost înregistrate uriașe progrese. Chimia organică s-a dezvoltat impetuos și a făcut posibil de realizat un număr extraordinar de mare de examene chimice, care permit nu numai aprecieri privind gravitatea unor procese morbide, ci și diagnostice care, pe altă cale, nu pot fi stabilite. S-a ajuns ca să se analizeze toate elementele componente ale umorilor noastre, să se dozeze în sînge și urină proteinele și electroliții, hormonii și enzimele, să se stabilească ionograme. Aparate automate de analiză sînt capabile să practice simultan dozaje pe un număr mare de eșantioane și

sînt în măsură să efectueze multiple determinări pe minuscule probe din materialul de examinat. În fața răspunsurilor primite, medicul se găsește adeseori dezorientat, incapabil să-și însușească noile date ale biologiei, a cărei dezvoltare explozivă îl obligă la eforturi, care de multe ori îl depășesc.

La dificultățile întîmpinate în legătură cu interpretarea datelor de laborator se adaugă și greutățile privind aprecierea exactă a informațiilor oferite de aparatură modernă de investigare. Gilbert-Dreyfus aprecia în 1968 *(Origines et devenir de la médecine)* la cifra de o mie numărul examenelor de laborator la care poate apela medicul, număr care este și mai mare dacă se iau în considerare și investigațiile de ultraspecialitate. În acest mod se poate ajunge mai ușor la adevăr, dar munca clinicianului se complică tot mai mult și se tinde, în mod necesar, spre profilare sau hiperspecializare.

În domeniul investigării diferitelor țesuturi și organe, sub aspect funcțional și morfologic, medicul dispune astăzi de mijloace noi, tot mai perfecționate. Fiecare nouă descoperire împinge înainte cunoașterea în sectorul patologiei și constituie un stimulent în activitatea clinică. Opera pasteuriană a adus, pe plan doctrinal, dovezi riguroase privind specificitatea bolilor, iar pe plan practic a permis identificarea bacteriilor în secreții și puroi, în urină, sînge și lichid cefalorahidian, aducînd un aport de neînlocuit în stabilirea diagnosticului. Dieulafoy a fost unul dintre primii clinicieni care a militat pentru diagnosticul bacteriologic: „*Se crede,* spune el între altele, *că este o simplă bronșită, dar examenul sputei arată că este vorba de o bronșită tuberculoasă*". Diagnosticul bacteriologic a devenit necesar nu numai pentru identificarea cauzei unei îmbolnăviri, de exemplu în cazul unei septicemii, ci și pentru stabilirea indicației terapeutice, unde este de atîtea ori indispensabilă antibiograma.

Citodiagnosticul, devenit posibil în urma lucrărilor lui Virchow, constituie și el un prețios mijloc de investigare, folosit de clinician încă din secolul trecut. Prelevări diagnostice la nivel de organe sau țesuturi permit obținerea de precizări cu privire la natura exactă a unor leziuni. Grație unor ace speciale se practică astăzi pe scară largă puncții biopsice la nivel de ficat, rinichi, tiroidă, cord chiar, fără să mai fie necesar accesul chirurgical direct pe aceste organe. În unele cazuri, ca, de exemplu, în intervențiile pe glanda mamară, biopsia extemporanee reprezintă singura cale de a stabili extinderea ce trebuie dată intervenției.

Descoperirea razelor X de către Roentgen în 1895 a reprezentat, sub multiple aspecte, un moment capital în evoluția medicinii. Prima dintre radiografii a vizualizat scheletul mîinii soției celui care a făcut această epocală descoperire. De la radiografii s-a trecut repede la radioscopii și, dintr-o dată, a fost simplificat diagnosticul a numeroase afecțiuni pleuro-pulmonare și cardiace. Utilizarea de substanțe de contrast, prin ingestie sau clismă, a permis depistarea de leziuni de-a lungul întregului tub digestiv. Introducerea substanțelor de contrast în circulație a făcut posibilă obținerea de angiocardiografii, arteriografii abdominale sau ale membrelor, de flebografii și limfografii, în multiple variante, mergînd pînă la vizualizarea unor vase de foarte mic calibru. Tot cu ajutorul substanțelor de contrast, injectate intravenos, pot fi explorate, sub aspect morfologic și funcțional, căile biliare și cele urinare (colecistografii, colangiografii, urografii). Acestea toate sînt metode curente, de care medicul nu se mai poate astăzi lipsi.

În ce privește înregistrarea electrică, mari progrese au fost realizate în domeniul cardiologiei grație electrocardiografiei (Einthoven, 1903), în dome-

niul neurologiei grație electroencefalogramei (Burger, 1921) și electromiografiei.
Utilizarea unui instrumentar special a permis explorarea directă a mai multor organe cavitare. Astfel au fost puse la punct: cistoscopia (1877), esofagoscopia (1898), bronhoscopia (1917), rectoscopia (1930) și ceva mai tîrziu gastroscopia. Acestea sînt endoscopiile care permit aprecieri vizuale, destinate diagnosticului morfologic, oferind în același timp și posibilități de prelevări biopsice și fotografiere. Un mare pas înainte în acest domeniu l-a constituit folosirea de fibroscoape, cu ajutorul cărora se pot practica colonoscopii sau duodenoscopii. O dată ajuns în duoden, devine posibilă explorarea radiologică a căilor biliare, prin injecția de substanță opacă în coledoc și realizarea chiar a unor intervenții pe ampula Vater. În fine, grație medianoscopiei și laparoscopiei se pot realiza diagnostice care altădată nu puteau fi obținute decît prin intervenție chirurgicală.

În ultimii ani se recurge tot mai mult la metode de investigație definite ca aparținînd imagisticii medicale, caracterizate prin faptul că sînt ușor de suportat, repetabile, neinvazive. În acest grup intră: sonografia, unde se obțin imagini cu ajutorul ultrasunetelor, scintigrafia, unde sursa de energie este reprezentată de razele gamma emise de radioizotopi, iar aparatura este prevăzută cu un calculator electronic; și mai recent, tomodensitometria computerizată sau scanografia, în care sursa de energie o constituie razele X, tomografia prin emisie de pozitroni, rezonanța magnetică. În fine, este de menționat și endoscopia modernă, unde imaginea se transmite prin impulse electronice, transformate de un microprocesor pe ecran într-o nouă imagine, diferită de cea transmisă de lumina clasică prin fibre de sticlă.

Aceste metode de investigație oferă medicului posibilități de a ajunge, dacă nu mai repede, cel puțin mai sigur la diagnostic. Condițiile de lucru sînt însă altele și se manifestă tot mai mult tendința spre o nouă medicină, întrevăzută deja la finele secolului trecut. Altădată, diagnosticul se baza mai mult pe propriile simțuri ale clinicianului, așa cum am văzut deja, și pe modul său de a raționa. Iată că o radioscopie toracică îl scutește de efortul de a sesiza diferența de tonalitate înregistrată la percuție sau a freamătului sonor al crepitațiilor percepute la auscultația plămînului. Medicul nu mai simte nevoia să-și ascută simțurile. Diagnosticul tinde să se facă pe bază de dosar medical, iar între medic și bolnav se interpune din ce în ce mai mult tehnica. Intervenția calculatorului, care este capabil să ofere diagnostice gata făcute, numai spre alegere, face să crească și mai mult distanța dintre bolnav și cel căruia acesta îi încredințează sănătatea sa. Diagnosticul tinde să devină un act pur științific, lipsit de acel suflu de umanism de care a dat întotdeauna dovadă medicina.

Revoluția tehnică și științifică din zilele noastre riscă să ducă la o schimbare la față a medicinii, privind nu numai condițiile în care medicul își desfășoară activitatea, dar chiar și modul său de a gîndi.

Toate aceste probleme le vom considera însă ceva mai detaliat în paginile ce urmează.

MECANISMELE PSIHICE ALE DIAGNOSTICULUI

Elaborarea diagnosticului constituie un proces de ordin intelectual, care ilustrează capacitatea de gîndire a clinicianului. Culegerea datelor, prin interogatoriu și examenul bolnavului, se realizează cu ajutorul simțurilor, dar

prelucrarea lor se face numai prin rațiune. În cursuri, manuale și tratate, manifestările clinice ale bolilor sînt pe larg descrise, astfel că medicul are toate posibilitățile să-și însușească cunoștințele necesare activității la patul bolnavului, iar practica de zi cu zi consolidează cunoștințele obținute teoretic și îi permite să-și ridice continuu măiestria pe care o cere interogatoriul și examenul bolnavului. Aici însă ne interesează mai mult modul cum gîndește medicul, raționamentele de care uzează cînd caută să stabilească diagnosticul, care a fost și rămîne un adevărat act de creație.

Pentru a ilustra cu mai multă claritate structura logică a gîndirii clinice, vom porni de la un prim exemplu trăit. Am ales un caz reprezentat de o afecțiune rară, pentru a sublinia importanța cunoașterii medicale, un caz unde diagnosticul a fost făcut folosindu-ne de raționamentele la care recurge curent clinicianul, astfel, ca în final, să devină posibil a se evidenția deosebirea dintre un diagnostic gîndit și unul pus prin intuiție. Acest exemplu îl constituie observația unui bolnav, comunicată la Congresul internațional de chirurgie cardiovasculară de la Barcelona, din 1960, publicat apoi în Minerva Medica.

Într-o zi, la vizita de dimineață, mi-a fost prezentat un bolnav de 34 de ani, internat cu diagnosticul de boală varicoasă însoțită de tulburări trofice grave. Din relatarea făcută am reținut că tulburările s-au manifestat încă din copilărie, printr-o simptomatologie puțin concludentă — greutate, oboseală rapidă, senzație dureroasă la stațiunea mai îndelungată în picioare —, cu localizare la nivelul membrului inferior drept. Cu timpul au apărut tulburările trofice, constînd în edem, dermatită pigmentară, iar în ultimii ani și ulcerații, a căror cicatrizare nu a putut fi obținută decît prin tratamente îndelungate la pat. O operație de safenectomie practicată cu șase ani înainte nu a produs nici o ameliorare. În fine, o singură dată s-a produs o hemoragie, care a fost stăpînită printr-un pansament compresiv.

În timp ce se relata istoricul bolii, eu priveam cu atenție membrele inferioare, descoperite în întregime. M-a impresionat imediat întinderea leziunilor trofice, care interesau fața antero-externă a gambei, de la maleolă pînă aproape de genunchi, fața antero-internă în treimea ei inferioară și, element deosebit de important de semnalat, se extindeau și pe fața dorsală a piciorului. Ele constau în placarde de dermatită pigmentară, cu variații de tonalitate, presărate cu zone atrofice ale pielii și cicatrici după ulcerații vindecate. Sub placardele pigmentare, în treimea inferioară a gambei și pe dosul piciorului se observau numeroase vene sinuoase și ușor dilatate. În același timp am observat că există o hipertrofie și o importantă alungire a membrului.

Am trecut apoi la examenul local și am constatat că varicele erau ușor pulsatile, iar căldura locală mult crescută în toată zona afectată de boală. La nivelul piciorului și în treimea inferioară a gambei temperatura locală era crescută cu 5–6 grade față de membrul opus. În ce privește alungirea membrului, diferența față de partea opusă era de 5 cm, compensată de o scolioză lombară, constatată la examenul general. În rest, examenul diferitelor organe și sisteme nu a arătat nimic anormal.

În discuțiile care au urmat pe marginea cazului am căutat să fundamentăm diagnosticul pe baza semnelor înregistrate la examenul clinic al bolnavului. Semnele generale lipseau, semnele funcționale nu prezentau nimic specific, în timp ce semnele fizice erau deosebit de semnificative. Extinderea manifestărilor trofice la dosul piciorului, existența hipertrofiei și alungirea membrului, prezența varicelor pulsatile și căldura locală crescută indicau prezența fistulelor arterio-venoase, iar faptul că suferințele datau din copilărie pledau pentru natura congenitală a leziunilor. Concluzia care a fost trasă era că ne aflam în fața unei malformații venoase congenitale, care putea fi încadrată, ca diagnostic pozitiv mai probabil, în sindromul Parkes-Weber. Nici unul din semnele constatate la examenul bolnavului nu era patognomonic, dar aceste semne erau caracteristice și gruparea lor permitea o ipoteză de diagnostic. Aceasta trebuia însă confirmată prin diagnostic diferențial.

Ca diagnostic diferențial trebuiau eliminate toate bolile unde există manifestări de insuficiență venoasă cronică la nivelul membrelor inferioare. Bolnavul ne-a fost adresat cu diagnosticul de boală varicoasă complicată, dar această afecțiune putea fi ușor eliminată. În boala varicoasă, tulburările trofice nu apar decît după o îndelungată evoluție, în cazul varicelor voluminoase, cu reflux masiv în sistemul venos superficial. Leziunile trofice nu se extind la picior, nu există alungirea hipertrofică a membrului, nici varice pulsatile, nici căldură locală crescută. În boala posttrombotică, leziunile trofice sînt mai extinse, uneori foarte grave, dar se localizează la gambă, iar manifestările caracteristice fistulelor arterio-venoase lipsesc. În cele mai multe cazuri se pot identifica în antecedentele bolnavului tromboflebita cauzală sau cel puțin un episod susceptibil de a o fi mascat, ca o infecție gravă sau un aparat ghipsat aplicat pentru o leziune necesitînd o ședere mai îndelungată la pat. Este de reținut faptul că tromboflebita la copil poate fi urmată de hipertrofia și alungirea membrului datorită influ-

enței stazei venoase asupra cartilajelor de creștere. Dar nici aici nu există vene pulsatile, piciorul este indemn și, în cele mai multe cazuri, tromboflebita în cauză este ușor de evidențiat. Acestea sînt însă cazuri foarte rare. Tot așa de rare sînt și anevrismele arterio-venoase posttraumatice, prezentînd varice pulsatile și manifestări de insuficiență venoasă cronică. Dar acestea se localizează de cele mai multe ori la coapsă și există o cicatrice, consecutivă plăgii care a determinat comunicarea anormală între arteră și venă. Bolnavii precizează imediat condițiile în care accidentul a avut loc și diagnosticul nu prezintă nici o dificultate.

Din punctul de vedere al diagnosticului diferențial, problemele cele mai delicate le ridică sindromul Klippel — Trénaunay, din cauza simptomatologiei foarte asemănătoare. Între cele două sindroame există forme de trecere, ca manifestări simptomatice, și mulți autori le consideră identice. În realitate, diagnosticul diferențial se poate face chiar dacă există numeroase semne comune și trebuie făcut întrucît substratul fiziopatologic diferă și indicațiile terapeutice nu sînt aceleași. În cursul discuțiilor asupra cazului care îmi era prezentat am rememorat cazurile de sindrom Klippel — Trénaunay văzute anterior, de la care am reținut triada caracteristică: alungirea hipertrofică a membrului, varice congenitale și angioame plane sau tuberoase. Nu am întîlnit varice pulsatile la nici unul din bolnavi, căldura locală nu era apreciabil crescută, iar semnele de insuficiență venoasă cronică erau mai reduse. Explorările arteriografice practicate au arătat în aceste cazuri o distribuție normală a arterelor membrelor, al căror calibru era normal sau redus, iar trecerea substanței de contrast din artere în vene se făcea după 15 secunde. În schimb, ca element comun și caracteristic în toate cazurile am notat, la flebografie, o agenezie venoasă sau o compresiune prin bridă a uneia din venele principale ale membrului, ca axilara sau femurala. La toți bolnavii rememorați m-a impresionat existența de hemangioame plane sau tuberoase extinse, în timp ce în cazul pe care îl examinam nu am notat decît cîțiva nevi vasculari. Pentru a preciza diagnosticul în cazul recent internat în clinică, cît și pentru a stabili natura perturbărilor circulatorii era necesar să se practice investigațiile de specialitate, ceea ce s-a făcut în zilele următoare.

Am început prin a practica oscilometria și am notat oscilații mult crescute de partea bolnavă, atingînd în treimea inferioară a gambei 18 diviziuni față de 5 în partea sănătoasă. Arteriografia ne-a oferit imediat explicația: arterele gambei erau hipertrofiate, voluminoase și sinuoase în același timp, iar trecerea substanței de contrast în vene a avut loc deja după 3 secunde. În aceste condiții, existența fistulelor arterio-venoase nu mai lăsa loc la nici un dubiu. Prezența lor a fost confirmată și prin dozajul oxigenului în sîngele arterial și venos, practicat comparativ în artera poplitee, venele regiunii bolnave și o venă a membrului superior (artera poplitee 20,5 ml % O_2, venă varicoasă 18,3 %, venă antebrahială 8,5%). Flebografia practicată ulterior a arătat un ax venos profund normal. În schimb, determinările manometrice în venele superficiale ale membrului bolnav au arătat existența unei hipertensiuni venoase ortodinamice permanente. Presiunea era ridicată la stațiunea în picioare și nu era cu nimic ameliorată la mers, ceea ce oferea o explicație valabilă privind gravitatea manifestărilor de insuficiență venoasă cronică.

Investigațiile paraclinice efectuate ne-au permis să precizăm diagnosticul de sindrom Parkes — Weber, să confirmăm radiologic existența fistulelor arterio-venoase și să constatăm aspectul morfologic normal al venelor profunde. În cazul nostru, tulburările erau datorate supraîncărcării venelor superficiale cu sînge arterial, în timp ce, în sindromul Klippel — Trénaunay, circulația venoasă profundă este perturbată ca urmare a unui obstacol congenital pe sistemul profund. Aceste constatări, bazate pe explorări paraclinice, asociate cu datele oferite de examenul clinic, ne-au permis nu numai un diagnostic cert, dar și un diagnostic complet, necesar înțelegerii fenomenelor fiziopatologice, atît de utilă indicației terapeutice.

În fine, o ultimă observație legată de cazul prezentat mai sus. Interesul manifestat de noi în domeniul patologiei venelor a avut ca urmare un aflux de cazuri clinice de acest gen, printre care mulți bolnavi cu leziuni grave și din cele mai variate. La patru ani după comunicarea observației de mai sus am efectuat o lucrare privind malformațiile venoase congenitale, bazată pe 20 de cazuri clinice, ceea ce reprezintă un număr mare, dată fiind raritatea unor asemenea bolnavi. Grație experienței cîștigate, ca și studiilor efectuate am ajuns acolo că puteam identifica boala adeseori dintr-o singură privire, urmînd ca explorările ulterioare să certifice numai diagnosticul și să permită indicații terapeutice mai precise.

Și acum, tot în vederea discuției viitoare asupra mecanismelor gîndirii clinicianului, credem utilă prezentarea unui caz livresc.

O bolnavă a fost internată pentru o afecțiune a glandei mamare. Ea afirma de la început că boala datează de mai mult timp, dar, cum nu simțea nici o durere, nu a găsit de cuviință să meargă să o vadă un medic. La examenul local, dintr-o singură privire, diagnosticul putea fi pus cu certitudine chiar de către un ucenic în arta medicală. Sînul în partea bolnavă era mai voluminos, existau aspectul de „piele de portocală" și o retracție a

enței stazei venoase asupra cartilajelor de creștere. Dar nici aici nu există vene pulsatile, piciorul este indemn și, în cele mai multe cazuri, tromboflebita în cauză este ușor de evidențiat. Acestea sînt însă cazuri foarte rare. Tot așa de rare sînt și anevrismele arterio-venoase posttraumatice, prezentînd varice pulsatile și manifestări de insuficiență venoasă cronică. Dar acestea se localizează de cele mai multe ori în coapsă și există o cicatrice, consecutivă plăgii care a determinat comunicarea anormală între arteră și venă. Bolnavii precizează imediat condițiile în care accidentul a avut loc și diagnosticul nu prezintă nici o dificultate.

Din punctul de vedere al diagnosticului diferențial, problemele cele mai delicate le ridică sindromul Klippel — Trénaunay, din cauza simptomatologiei foarte asemănătoare. Între cele două sindroame există forme de trecere, ca manifestări simptomatice, și mulți autori le consideră identice. În realitate, diagnosticul diferențial se poate face chiar dacă există numeroase semne comune și trebuie făcut întrucît substratul fiziopatologic diferă și indicațiile terapeutice nu sînt aceleași. În cursul discuțiilor asupra cazului care îmi era prezentat am rememorat cazurile de sindrom Klippel — Trénaunay văzute anterior, de la care am reținut triada caracteristică: alungirea hipertrofică a membrului, varice congenitale și angioame plane sau tuberoase. Nu am întîlnit varice pulsatile la nici unul din bolnavi, căldura locală nu era apreciabil crescută, iar semnele de insuficiență venoasă cronică erau mai reduse. Explorările arteriografice practicate au arătat în aceste cazuri o distribuție normală a arterelor membrelor, al căror calibru era normal sau redus, iar trecerea substanței de contrast din artere în vene se făcea după 15 secunde. În schimb, ca element comun și caracteristic în toate cazurile am notat, la flebografie, o agenezie venoasă sau o compresiune prin bridă a uneia din venele principale ale membrului, ca axilara sau femurala. La toți bolnavii rememorați m-a impresionat existența de hemangioame plane sau tuberoase extinse, în timp ce în cazul pe care îl examinam nu am notat decît cîțiva nevi vasculari. Pentru a preciza diagnosticul în cazul recent internat în clinică, cît și pentru a stabili natura perturbărilor circulatorii era necesar să se practice investigațiile de specialitate, ceea ce s-a făcut în zilele următoare.

Am început prin a practica oscilometria și am notat oscilații mult crescute de partea bolnavă, atingînd în treimea inferioară a gambei 18 diviziuni față de 5 în partea sănătoasă. Arteriografia ne-a oferit imediat explicația: arterele gambei erau hipertrofiate, voluminoase și sinuoase în același timp, iar trecerea substanței de contrast în vene a avut loc deja după 5 secunde. În aceste condiții, existența fistulelor arterio-venoase nu mai lăsa loc la nici un dubiu. Prezența lor a fost confirmată și prin dozajul oxigenului în sîngele arterial și venos, practicat comparativ în artera poplitee, venele regiunii bolnave și o venă a membrului superior (artera poplitee 20,5 ml % O_2, venă varicoasă 18,3 %, venă antebrahială 8,5%). Flebografia practicată ulterior a arătat un ax venos profund normal. În schimb, determinările hipermanometrice în venele superficiale ale membrului bolnav au arătat existența unei hipertensiuni venoase ortodinamice permanente. Presiunea era ridicată la stațiunea în picioare și nu era cu nimic ameliorată la mers, ceea ce oferea o explicație valabilă privind gravitatea manifestărilor de insuficiență venoasă cronică.

Investigațiile paraclinice efectuate ne-au permis să precizăm diagnosticul de sindrom Parkes — Weber, să confirmăm radiologic existența fistulelor arterio-venoase și să constatăm aspectul morfologic normal al venelor profunde. În cazul nostru, tulburările erau datorate supraincărcării venelor superficiale cu sînge arterial, în timp ce, în sindromul Klippel — Trénaunay, circulația venoasă profundă este perturbată ca urmare a unui obstacol congenital pe sistemul profund. Aceste constatări, bazate pe explorări paraclinice, asociate cu datele oferite de examenul clinic, ne-au permis nu numai un diagnostic cert, dar și un diagnostic complet, necesar înțelegerii fenomenelor fiziopatologice, atît de utilă indicației terapeutice.

În fine, o ultimă observație legată de cazul prezentat mai sus. Interesul manifestat de noi în domeniul patologiei venelor a avut ca urmare un aflux de cazuri clinice de acest gen, printre care mulți bolnavi cu leziuni grave și din cele mai variate. La patru ani după comunicarea observației de mai sus am efectuat o lucrare privind malformațiile venoase congenitale, bazată pe 20 de cazuri clinice, ceea ce reprezintă un număr mare, dată fiind raritatea unor asemenea bolnavi. Grație experienței cîștigate, ca și studiilor efectuate am ajuns acolo că puteam identifica boala adeseori dintr-o singură privire, urmînd ca explorările ulterioare să certifice numai diagnosticul și să permită indicații terapeutice mai precise.

Și acum, tot în vederea discuției viitoare asupra mecanismelor gîndirii clinicianului, credem utilă prezentarea unui caz livresc.

O bolnavă a fost internată pentru o afecțiune a glandei mamare. Ea afirma de la început că boala datează de mai mult timp, dar, cum nu simțea nici o durere, nu a găsit de cuviință să meargă să o vadă un medic. La examenul local, dintr-o singură privire, diagnosticul putea fi pus cu certitudine chiar de către un ucenic în arta medicală. Sinul în partea bolnavă era mai voluminos, existau aspectul de „piele de portocală" și o retracție a

mamelonului. Erau deci prezente două semne patognomonice — pielea de portocală și retracția unilaterală a mamelonului — care nu se întîlnesc în nici o altă afecțiune a mamelei în afară de cancer. Palparea oferea cîteva semne în plus: prezența unei tumori, de consistență dură, cu marginile rău delimitate, iar explorarea axilei evidenția existența unor ganglioni duri, măriți de volum. Examenul general și radioscopia pulmonară nu relevau nimic anormal. În acest caz, diagnosticul pozitiv era simplu, datorită stadiului avansat de boală, iar diagnosticul diferențial trecea pe plan secundar. Era vorba de un cancer de mamelă, stadiul III, unde se ridicau doar probleme privind indicațiile terapeutice.

Care este însă situația la aceeași pacientă văzută într-un stadiu incipient de boală? Manifestările funcționale sînt absente, iar local se percepe, în profunzimea glandei, o formație tumorală de volum redus, ale cărei caractere sînt greu de perceput, mai ales în cazul unei mamele voluminoase. Descoperirea formației a avut loc întîmplător, în cursul toaletei. Formația era mobilă, dură, pierdută în masa glandulară. Explorarea axilei este negativă. În acest caz, semnele percepute prin simțuri nu sînt suficiente pentru identificarea precisă a procesului patologic și diagnosticul diferențial devine necesar. Diferențierea unei leziuni benigne de una malignă este capitală într-un asemenea caz. Or, diferențierea nu se poate face decît prin explorări paraclinice, și aceasta nu întotdeauna. Se începe cu radiografia sinului. Această metodă de investigație este foarte valoroasă deoarece poate evidenția un focar canceros sau microfocare, dar cere condiții speciale de aparatură și un radiolog competent. Dar și în aceste condiții, singură, nu permite certitudinea. Galactografia poate fi și ea utilă, dar este delicată; descori nu arată decît dilatarea galactoforelor și o imagine de tumoră, fără a se putea preciza natura ei, malignă sau benignă. Xerografia cu plăci de seleniu nu este nici simplă și nici nu aduce ceva în plus față de radiografie. Se poate trece apoi la termografie. Aceasta precizează existența de zone calde și reci, care indică prezența unui focar inflamator, fără a releva cauza reală a leziunii. Metoda poate fi utilă în numeroase situații, dar este nespecifică și poate da rezultate fals pozitive sau fals negative, foarte prejudiciabile cînd liniștesc. Ecografia permite diferențierea între o tumoră parenchimatoasă sau lichidiană (chist ori tumoră), fără a putea preciza care este natura tumorii solide. Toate aceste explorări sînt suportate ușor, pot fi repetate, dar nu permit certitudinea în cazul unei leziuni dubioase. Pînă la urmă, clinicianul se hotărește pentru puncție. Cînd este chistică, tumora se golește și poate fi considerată benignă dacă nu se reproduce, ceea ce este de cele mai multe ori cazul. Dacă se reface, este vorba de o leziune malignă. În cazul unei formațiuni parenchimatoase, puncția permite evidențierea celulelor patologice și un anatomopatolog priceput obține rezultate concludente în majoritatea cazurilor. Dar puncția poate fi și negativă sau neconcludentă și uneori doar biopsia extemporanee în cursul intervenției poate fi hotărîtoare.

Iată deci o situație unde diagnosticul este foarte greu de obținut în stadiul incipient de boală, în ciuda mijloacelor moderne de investigație, în timp ce în stadiile mai avansate diagnosticul devine evident, dar momentul operator favorabil poate fi depășit. Mecanismele gîndirii sînt aceleași, indiferent de stadiul bolii, fie că examenul este practicat de către un internist sau de către un chirurg. Diferă doar experiența și capacitatea profesională a clinicianului în cauză.



În elaborarea diagnosticului se succed două etape. În prima etapă clinicianul culege informațiile de care are nevoie prin interogatoriu și examenul bolnavului, le completează apoi cu datele pe care le oferă laboratorul și mijloacele de investigație paraclinică. În cea de-a doua etapă le prelucrează cu ajutorul gîndirii, în vederea stabilirii diagnosticului. Dar și recoltarea datelor informaționale, cît și prelucrarea lor pe bază logică, se fundamentează pe o pregătire teoretică, care nu este altceva decît știința bolilor, adică patologia. Acest lucru l-a exprimat Cruveilhier într-o formulă concisă, rămasă memorabilă, încă la începutul secolului trecut: *„Știința este prima datorie a medicului; cînd este vorba de viața oamenilor ignoranța este o crimă"*. A nu fi ignorant în medicină este însă un lucru foarte greu și medicul trebuie să depună eforturi mai mari decît în oricare altă profesiune dacă vrea să facă față îndatoririlor care îi revin.

După terminarea facultății, cînd absolventul se angajează în profesiune, el dispune de un bagaj teoretic care, în condițiile actuale ale evoluției medicinii, îi sînt suficiente doar pentru 5—6 ani. Știința medicală se dezvoltă permanent, se identifică noi afecțiuni și noi sindroame, se descoperă semne noi de boală, se pun la punct noi tehnici de explorare. Pentru a se ține la curent cu ultimele cuceriri în domeniul său de activitate, medicul trebuie să consulte mereu literatura de specialitate, să citească tot timpul. *„Un medic care nu citește deloc, chiar dacă ar poseda o experiență de un secol, ar fi numai un biet individ. Vanitatea lui nu ar avea ca egal decît propria lui ignoranță"*, spune Noël Fiessinger. Acest lucru este cu deosebire evident pentru un clinician cînd, la sfîrșit de carieră, compară ceea ce știe cu ce și-a însușit în cursul studiilor universitare. În ce ne privește, cînd am ieșit din facultate, dispuneam de un bagaj de cunoștințe mai redus, nu știam ce este un sindrom Parkes-Weber și nu cunoșteam multe din metodele de explorare la care poate recurge astăzi un medic pentru precizarea diagnosticului.

O boală, pentru a fi identificată de medic, trebuie să îi fie cunoscută. O boală rară poate fi recunoscută dacă medicul este edificat asupra manifestărilor ei clinice, chiar și numai în teorie. Cunoașterea bolilor este însă necesară și pentru a reuși un examen corect al bolnavului. O bună foaie de observație se bazează în primul rînd pe pregătirea teoretică, care permite un interogatoriu și un examen clinic eficient, pentru că un simptom nu se dezvăluie decît aceluia care îl cunoaște, mai ales cînd este vorba de manifestări morbide ascunse sau mai puțin evidente.

Acumularea continuă de noi cunoștințe nu riscă să ducă la supraîncărcarea memoriei, pentru că multe din cunoștințele teoretice se uită fără ca medicul să trebuiască să facă un efort în această direcție. Din noianul de cunoștințe acumulate pe băncile facultății, în pregătirea diferitelor concursuri cărora tînărul medic trebuie să le facă față sau cîștigate prin studii ori lecturi în decursul activității, se uită acelea pe care nu le fixează practica. Se uită multe date privind patogenia bolilor, multe detalii de anatomie sau de fiziologie, dar nu se uită semnele unei boli sau datele de laborator cu care clinicianul se întîlnește în activitatea sa de zi cu zi.

Bine pregătit teoretic, cunoscînd manifestările clinice ale bolilor în general, clinicianul procedează mai ferm și mai sigur pe el la interogatoriul și examenul bolnavului în vederea identificării unei anume afecțiuni. El caută astfel să stabilească nu numai diagnosticul, ci și să aprecieze particularitățile cazului concret pe care îl are în față. Clinicianul judecă situația, dar judecata lui se bazează pe observație, în înțelesul medical al acestui termen. Criticînd dogmele și modul de gîndire scolastic, care viciau cunoașterea medicală din epoca în care și-a desfășurat activitatea, Sydenham spunea: *„Dacă aș fi început prin a raționa în loc să încep prin a observa, aș fi clădit în aer și aș fi fost atît de imprudent ca și acela care vrea să pună acoperișul pe un edificiu înainte de a-i zidi fundațiile"*.

Despre interogatoriul și examenul bolnavului în vederea detectării și aprecierii valorii diferitelor simptome și semne pe care le prezintă omul suferind s-au scris multe, și printre numeroasele tratate de semiologie merită a fi menționate cele aparținînd școlii medicale clujene, ilustrate prin operele lui Hațieganu și Goia, iar mai recent prin volumul de semiologie medicală al lui Viorel Gligore. Rolul care revine semiologiei în edificarea diagnosticului reiese foarte clar din fragmentul următor de text aparținînd lui Hațieganu și Goia: *„Este evident că stabilirea unui diagnostic precis nu este posibilă fără*

cunoașterea și interpretarea justă a simptomelor prin care se manifestă boala. Semiologia constituie deci, cu drept cuvînt, abecedarul și gramatica clinicii. Întocmai cum cineva care nu cunoaște alfabetul nu poate citi și înțelege nici cea mai mică propoziție, tot așa acela care nu dispune de cunoștințele elementare în materie de semiologie intrînd în clinică va rămîne dezorientat, căci nu va putea observa și nici nu va putea prinde semnificația nici a celor mai simple simptome și cu atît mai puțin va putea să descifreze înțelesul sindromelor atît de complexe pe care clinica le oferă pas cu pas. Semiologia are deci rolul de a servi drept călăuză fidelă în marele labirint al clinicii".

Detectarea semnelor clinice se realizează prin percepții pe care le valorifică acuitatea organelor de simț și capacitatea intelectuală a celui care observă, în timp ce prelucrarea datelor obținute, în vederea stabilirii diagnosticului, este o operație pur intelectuală, bazată pe structura logică a gîndirii clinice. Aceasta este problema care ne interesează aici, a modului cum se înlănțuie ideile și se desfășoară mecanismele psihice care permit identificarea bolii. La patul bolnavului, medicul urmărește să obțină cît mai multe informații, reprezentate de simptomele și semnele bolii, pentru a stabili diagnosticul, care este o cunoștință dedusă. Din punct de vedere logic, o cunoștință dedusă este o cunoștință nouă, obținută din adevăruri stabilite anterior, prin aplicarea legilor logicii la raționamentele de care se uzează. Raționamentele se obțin din confruntarea a cel puțin două judecăți, care trebuie să fie adevărate pentru ca și concluzia să fie adevărată. Judecățile, la rîndul lor, se formează cu ajutorul noțiunilor care reprezintă primul element al treptei logice de cunoaștere a realității. Toate acestea le vom discuta în continuare.

În mod obișnuit, clinicianul uzează în practică de raționamente bazate pe inducție și pe deducție. Diagnosticul pozitiv se elaborează cu ajutorul simptomelor pe care le culege în cursul interogatoriului și al examenului clinic, folosind cu precădere metoda inductivă. Aici poate fi citat James Mackenzie pentru modul foarte plastic în care se exprimă: *„Simptomele, în accepțiunea de concepte, sînt ca materialele utilizate pentru construcția unui imobil. Noi știm că luate izolat și grupate ele pot servi la construirea unei case, dar noi nu apreciem valoarea lor în esență și utilitatea practică decît în momentul în care vedem că ne este posibil să le transformăm într-un edificiu. În momentul în care simptomele sînt grupate în mod logic într-o ipoteză atunci cauza lor și valoarea lor relativă ne apar clar".* În observația pe care am redat-o detaliat, pentru exemplificare am reținut cîteva semne caracteristice — tulburări trofice, alungirea hipertrofică a membrului, vene pulsatile și căldură locală crescută — care, grupate, s-au dovedit suficiente pentru a formula diagnosticul ipotetic de sindrom Parkes-Weber.

Diagnosticul pozitiv se confirmă prin diagnosticul diferențial, care se bazează pe metoda deductivă. Se urmărește tot identificarea bolii, dar pornindu-se de la cunoștințele de patologie privind diferitele boli. În cazul menționat au fost trecute în revistă cîteva afecțiuni, cîștigate sau congenitale, caracterizate prin existența tulburărilor trofice venoase la nivelul membrelor inferioare.

În elaborarea unui diagnostic, medicul poate deci folosi atît inducția, cît și deducția, care sînt forme de investigare deosebite, dar nu pot fi considerate independente, izolate una de alta. În exemplul luat s-a ajuns la diagnostic în urma unor raționamente, unele bazate pe inducție, altele pe deducție, raționamente care se suprapun în cursul operației de gîndire logică, pe care o face medicul. În mișcarea de la simptome, adică de la fapte la idei, apoi de la idei la idei, teritoriul inducției se restrînge, iar cel al deducției se lărgește.

Raţionamentele inductive constituie baza de pornire, de la planul senzorial la cel raţional şi oferă materialul cu care se operează în raţionamentul deductiv. În primul caz, mişcarea gîndirii trece deci de la particular la general, în al doilea de la general la particular. Diferenţa între ele este însă dată nu numai de direcţia aferenţei, ci şi de faptul că, în inducţie, trecerea se face de la fapte la concepte, în timp ce deducţia este o mişcare de la concepte la concepte, deci o mişcare exclusiv pe plan logic.

Este evident că, în aceste condiţii, fără o cunoaştere prealabilă a simptomatologiei pe care o prezintă bolnavul, pe de o parte, a cunoaşterii patologiei pe de altă parte, nu se poate efectua inferenţa logică — adică operaţia de derivare a unui enunţ din altul — destinată să ducă la stabilirea diagnosticului.

În ce priveşte diagnosticul etiologic, acesta urmăreşte să stabilească cauza bolii. Pentru aceasta se ţine seama de datele de ordin clinic şi într-o măsură mai mare de cele mai multe ori de rezultatele de laborator. În cazul nostru, explorările paraclinice au confirmat existenţa fistulelor arteriovenoase, oferind o explicaţie satisfăcătoare pentru geneza tulburărilor trofice grave pe care le prezenta bolnavul.

La diagnostic se poate ajunge şi printr-o altă metodă, prin analogie. În vorbirea curentă, prin analogie se înţelege asemănarea care se face între două sau mai multe obiecte. Astfel înţeleasă, analogia se bazează pe comparaţie. Medicul operează cu reprezentări şi compară mintal unul sau mai multe cazuri văzute anterior cu cazul pe care îl examinează. În observaţia la care ne referim am comparat bolnavul cu cei văzuţi anterior, prezentînd alungirea hipertrofică a membrului. Asemănările sub aspectul manifestărilor clinice erau mari. În afara modificării privind alungirea membrului existau varice congenitale la toţi bolnavii şi leziuni trofice. Unul din cazurile rememorate prezenta o agenezie a venei poplitee, cu varice în treimea inferioară a gambei şi dosul piciorului, foarte asemănătoare cu cazul adus în discuţie. Nu aveam posibilitatea să verific şi nu îmi amintesc dacă şi căldura locală era crescută şi dacă varicele erau pulsatile. Pentru a se evita o identificare eronată s-a trecut la investigaţiile de ordin vascular, care au evidenţiat, la cazul nou internat, artere dilatate şi sinuoase, trecerea rapidă a substanţei de contrast în vene — la arteriografie, şi un sistem venos profund cu aspect morfologic normal — la flebografie. În acest mod au fost obţinute precizările necesare diagnosticului diferenţial.

În raţionamentele prin analogie, medicul se bazează deci pe cazuri pe care le reproduce intuitiv, de la care a reţinut unele aspecte care i s-au părut mai caracteristice. El nu are însă posibilitatea de a adînci confruntarea cazurilor supuse analogiei deoarece unul dintre ele este evocat sub formă de reprezentare, bazată pe o experienţă perceptivă trecută, în timp ce bolnavul pe care il are în faţă este perceput în momentul chiar al acţiunii lui asupra organelor de simţ ale examinatorului. De aici, riscurile diagnosticului prin analogie. Aşa, de exemplu, ultimul caz de cancer de stomac pe care îl evocă clinicianul a prezentat o anaclorhidrie, în timp ce cazul cel nou prezintă o aciditate gastrică normală. Sau, un caz de apendicită acută, văzut anterior, a debutat cu dureri în epigastru şi diaree, semne care pot induce în eroare. Riscurile de greşeală sînt mai mici cînd este vorba de semne mai rar întîlnite, mai caracteristice şi mai uşor de reţinut, cum a fost cazul la bolnavii suferind de malformaţii venoase congenitale aduşi în discuţie, dar necesitatea verificării

se impune în toate cazurile. Analogia rămîne foarte valoroasă pentru medic, întrucît îl orientează în gîndire, îi permite formularea de ipoteze, îl poate ajuta la precizarea diagnosticului. Experiența unui clinician se bazează tocmai pe bogăția fondului de reprezentări, care nu se cîștigă decît cu timpul. De aici, superioritatea unui medic cu experiență față de un proaspăt absolvent, oricare ar fi bagajul de cunoștințe al acestuia.

În activitatea la patul bolnavului, clinicianul își dezvoltă simțurile, în cursul interogatoriului, întrebările sînt mai judicioase și mai bine ținute, iar examenul bolnavului mai bine efectuat și mai bogat în constatări. Pe de altă parte, el raționează mai rapid și dă dovadă de un spirit de observație mai ascuțit. În fine, cunoașterea se amplifică și se adaptează tot mai bine la specificul activității sale în domeniul asistenței medicale. În acest mod, medicul își dezvoltă simțul clinic, care apare ca o aptitudine de a evalua mai repede și mai complet o situație patologică. Orice clinician posedă simț clinic, altfel nu ar putea activa în profesiune, dar acesta diferă de la unul la altul. Modul cum un medic pune diagnosticul reflectă cel mai bine simțul său clinic, dar acesta se relevă și atunci cînd medicul apreciază evoluția bolii sau stabilește prognosticul.

Simțul clinic nu este deci ceva înnăscut, ci o aptitudine care se cîștigă și se dezvoltă în cursul activității, ca urmare firească a contactului de zi de zi cu bolnavii. „*Pentru a clasa și a interpreta tulburările patologice nu este deloc necesar, așa cum se repetă adeseori, de un dar deosebit, de un fel de însușire divinatorie, Arta de a face un diagnostic nu este înnăscută: ea se cîștigă prin studiul teoretic al patologiei, prin examenul repetat al bolnavilor*", afirmă H. Roger într-unul din cele mai clasice tratate de medicină. Pe de altă parte, simțul clinic nu trebuie confundat cu intuiția.

Prin intuiție, în sens general, se înțelege descoperirea bruscă, în aparență fără nici un raționament sau judecată anterioară, a unui adevăr, a unei idei sau a unei soluții la o problemă oarecare. S-a spus despre intuiție, ca și despre simțul clinic, că este o capacitate proprie unor persoane de a pătrunde în esența lucrurilor și a fenomenelor, fără vreo elaborare logică prealabilă. În realitate, nici intuiția nu are nimic mistic, nimic irațional. O dovadă o constituie diagnosticul prin intuiție. Experiența cîștigată într-un domeniu oarecare al medicinii clinice, prin profilare de exemplu, permite uneori diagnostice dintr-o singură privire. Aceasta reiese și din propria noastră practică. Experiența cîștigată în domeniul bolilor venoase ale membrelor inferioare, al insuficienței venoase cronice în cazurile aduse în discuție, ne-a permis ca, în numeroase situații, să stabilim dintr-o singură privire un diagnostic de varice hidrostatice complicate de boală posttrombotică sau de malformație venoasă congenitală. O comparație se poate face cu ceea ce se întîmplă în jocul de șah. Unui jucător începător îi trebuie timp îndelungat pentru a aprecia o situație pe tabla cu 64 de pătrățele: valoarea pieselor rămase în joc, așezarea lor bună sau mai puțin bună, stăpînirea de către unul din adversari a cîmpurilor tari, a coloanelor deschise etc. Or, această apreciere, un mare maestru o face aproape instantaneu, grație experienței, pregătirii, a măestriei la care a ajuns. În șah există însă reguli precise după care se desfășoară o partidă, raționamentele sînt categorice de cele mai multe ori, judecățile au valabilitate universală, iar noțiunile cu care se operează sînt precis definite. În medicină, din păcate, situația este cu totul alta.

În procesul de gîndire logică la care recurge clinicianul, diagnosticul apare, așa cum am văzut, ca o cunoștință nouă, dedusă dintr-un șir întreg de raționamente, bazate pe judecăți de diferite tipuri. Pentru ca noua cunoș-

tință să fie certă, trebuie să uzăm de raționamente de certitudine; or, în medicina clinică se operează îndeosebi cu raționamente de probabilitate. Această problemă merită o scurtă discuție.

Din punctul de vedere care ne interesează aici, judecățile pot fi împărțite în trei grupe: judecăți singulare, particulare și universale. Iată un prim exemplu: *„Această bolnavă prezintă o retracție unilaterală a mamelonului"*. Avem de a face în acest caz cu o judecată singulară afirmativă. Se susține prin această judecată că o bolnavă prezintă un anumit semn clinic. Atunci cînd spunem: *„Unele cancere de mamelă prezintă o retracție unilaterală a mamelonului"*, formulăm o judecată particulară. Semnul clinic menționat se referă numai la unele bolnave suferind de cancer de mamelă. În fine, judecata: *„Toate tumorile mamare însoțite de retracția unilaterală a mamelonului sînt cancere"* este o judecată universală afirmativă, prin care se susține că, în toate situațiile în care constatăm existența acestui semn, putem pune diagnosticul de cancer. Se poate afirma acest lucru pentru că este vorba de un semn fizic patognomonic. Și un semn funcțional poate fi patognomonic, permițînd formularea unei judecăți universale: *Claudicația intermitentă se datorează în toate cazurile unei arteriopatii obliterante a membrelor inferioare*. Din nefericire, semnele patognomonice sînt foarte rare în medicină și unii autori neagă chiar existența lor. Dar nu numai că sînt rare, ele permit doar judecăți universale finite și nu judecăți universale infinite, așa cum se întîlnesc în științele zise exacte. Retracția unilaterală a mamelonului este un semn cert de cancer, dar nu toate cancerele se însoțesc de retracția mamelonului! Și nici arteriopatiile obliterante nu se manifestă toate prin claudicație intermitentă, deoarece obstacolul arterial se poate situa într-o zonă unde există o circulație colaterală bogată, iar obliterarea arterială poate fi bine suportată.

În dezvoltarea medicinii, judecățile singulare exprimă și fixează cunoștințele noastre despre bolile studiate individual și pregătesc formularea ulterioară a judecăților particulare și universale. În domeniul matematicii, al fizicii sau al chimiei există un mare număr de judecăți universale, care permit raționamente de certitudine, cu valoare de legi. În medicină, complexitatea proceselor patologice, marea diversitate a manifestărilor clinice, sărăcia în semne patognomonice, nu permit decît rareori formularea de judecăți universale. Se operează mai ales cu judecăți particulare, ceea ce implică multă prudență în mînuirea lor și în concluziile ce se trag.

Și acum cîteva cuvinte despre noțiuni. Judecățile se formează cu ajutorul noțiunilor. În medicină, noțiunea apare ca o idee prin care exprimăm tot ce se știe despre un simptom sau o boală. În noțiunea de cancer de mamelă, de exemplu, sînt cuprinse toate cunoștințele de care dispunem astăzi despre această boală. Dar conținutul noțiunii de cancer de mamelă ne oferă posibilitatea de a o distinge de oricare altă boală. Același lucru se poate spune și despre claudicația intermitentă, cu privire la însușiri și la formă de manifestare. Din păcate, în medicină, noțiunile sînt adeseori imprecise și greu de definit. Este mult mai ușor de definit o noțiune aparținînd unei științe exacte, cum ar fi noțiunea de „patrat" în geometrie, și mult mai greu de definit noțiunea de „cefalee" în medicină. Dar chiar și în domeniul medicinii există greutăți mai mari în definirea unor noțiuni în clinică — de exemplu, noțiunea „gastrită" — față de științele fundamentale — noțiunea „stomac". În activitatea sa zilnică, medicul întîmpină însă și alte greutăți. Sînt numeroase cazurile unde aceeași boală este cunoscută sub denumiri diferite. Noțiunile de „cardiospasm", de

„megaesofag", de „acalazie esofagiană" sînt identice, referindu-se la aceeași boală. Pe de altă parte, există o confuzie privind unele noțiuni care nu sînt identice, dar care sînt considerate de mulți autori ca fiind sinonime — „boală Basedow, hipertiroidie, gușă exoftalmică", de exemplu.

Dar greutatea cea mai mare pe care o întîmpină medicul, cu referire la diagnostic, constă în numărul mare al bolilor, față de sărăcia simptomelor și lipsa lor de specificitate. Există mii și mii de boli și sindroame, care obligă adeseori la consultul permanent al manualelor sau dicționarelor medicale, față de cîteva sute de simptome funcționale și semne fizice bine conturate și un număr infim de manifestări patognomonice. Aceleași semne apar în numeroase boli. Medicul trebuie să culeagă semnele, să le grupeze, pentru a formula o ipoteză de diagnostic. Pentru confirmare recurge la laborator și la mijloacele moderne de investigare, care au devenit astăzi de un neprețuit ajutor. Prin specificul activității sale, clinicianul se vede obligat să facă un efort intelectual continuu, în care gîndirea este solicitată în tot momentul. Un medic gîndește însă mai repede, raționează mai corect, dispune de spirit de observație mai dezvoltat decît un altul. De aici intervenția unui factor personal, care permite unui anumit chirurg să obțină rezultate mai bune decît un confrate cu aceeași pregătire de specialitate.

Toată această problemă poate fi abordată cu ajutorul unei evaluări comparative între științele zise „exacte" și științele „inexacte", efectuată pe bază de criterii pur logice. Ca model de știință exactă poate fi luată matematica. În această disciplină există mai multă „ordine" (logică internă): definițiile sînt precise, demonstrațiile se fac cu ajutorul unor idei clar formulate, regulile sînt explicite, se lucrează cu judecăți universale, iar raționamentele sînt de certitudine, astfel că și concluziile sînt certe. Dată fiind exactitatea naturii „obiectului", dacă se produc greșeli, acestea se datorează gîndirii incorecte cu care au fost prelucrate datele. Dar pentru prelucrarea datelor este suficientă, în general, logica „spontană", adică deprinderea naturală de a gîndi logic, fără să fie nevoie de un cod de norme conștient și explicit formulate. Meritul rezolvărilor veridice revine mai mult naturii obiectului decît capacității operatorului.

Cu totul alta este situația în medicină, cu deosebire în domeniul diagnosticului. În medicină, știința nu cuprinde, în întregul ei, baza disciplinei. Din empirică, medicina a devenit rațională în Grecia antică, dar nu se poate vorbi de medicină științifică decît după Renaștere. De atunci, baza științifică s-a lărgit progresiv; și astăzi continuă să se lărgească. Din păcate, mulți termeni (în înțelesul de noțiuni) nu sînt corect definiți. În lucrarea *Simțul clinic și arta diagnosticului*, menționată deja, am comparat un număr de 15 definiții ale erizipelului din diferite cursuri și tratate și am constatat că majoritatea autorilor au dat definiții fără a ține seama de regulile ce trebuie să stea la baza lor, astfel că cele mai multe s-au adeverit fie incomplete, fie greșite. Apoi, așa cum am văzut, se operează cu judecăți singulare și particulare, mai rar cu judecăți universale, iar raționamentele duc, de cele mai multe ori, numai la concluzii de probabilitate. În medicină, rezolvarea corectă a problemelor, în cazul nostru a diagnosticului, depinde mai mult de om decît de obiect, din cauza condițiilor mai puțin precise ale ordinii interne, față de matematică, unde pe prim plan se situează natura exactă a obiectului. În aceeași situație cu matematica se află și fizica și chimia, luate tot ca exemple, unde activitatea se poate desfășura corect grație pregătirii teoretice și practice, a exercițiilor repetate, pe un fond de gîndire naturală. În medicină însă, rezolvarea problemelor mai complicate, cum este de atîtea ori diagnosticul, cere medicului

să cunoască principiile și regulile logicii clasice, care este logica formală. Chiar dacă nu toate problemele se rezolvă în acest mod, crește numărul performanțelor obținute.

În medicină, o altă caracteristică o constituie marea diversitate a problemelor ce se ridică în cursul activității. Fiecare caz se prezintă cu particularitățile lui și necesită o operație intelectuală aparte, caracterizată prin dirijarea atenției într-o anumită direcție și printr-un efort mare de concentrare. Ca profunzime, nu se poate spune că medicul pătrunde mai adînc în esența fenomenelor decît un matematician, dar este mai des solicitat să gîndească ținînd seama de principiile și regulile logicii. Numărul mare de bolnavi, atît de diferiți ca ocupație și grad de cultură, dar mai cu seamă diversitatea afecțiunilor, îl obligă la noi și noi exerciții, care stimulează și dau mai multă suplețe gîndirii. În acest mod se explică o anumită constatare, care scoate în evidență personalitatea medicilor, pe un plan mai general, și dă mai multă strălucire unor corifei ai medicinii. În matematică și in științele tehnice, pregătirea și exercițiile duc la formarea de specialiști, valoroși, dintre care unii ajung să se bucure de o mare reputație. Dar toți aceștia, transpuși într-un alt domeniu de activitate, nu depășesc decît rareori media. În schimb, vîrfurile medicale se afirmă de atîtea ori în domenii situate relativ departe de medicină. Exemple sînt cei care au evoluat cu succes în beletristică sau în științele umaniste. Alături de grupul mare al medicilor scriitori și poeți, mulți dintre ei de notorietate mondială, dar care au părăsit practica medicală, se află grupul mai mic al celor ce au evoluat și pe tărîmuri străine fără a abandona medicina, ca Victor Papilian în genul epic sau, mai recent, Ștefan Berceanu în dramaturgie.

Eforturile intense și repetate de concentrare în clinici și dispensare, constituie, așa cum am menționat-o deja, o adevărată gimnastică a minții. Pe de altă parte, contactul zilnic cu semenii în suferință, în condiții atît de variate, permite însușirea de trăsături spirituale care completează armonios personalitatea. Practica în profesiune oferă medicului posibilitatea de a se înălța pe scara valorilor, în propria disciplină, ca și în alte domenii de activitate. Din păcate, majoritatea medicilor nu țin seama de aceste posibilități și rămîn cantonați în sfera îngustă a preocupărilor pur profesionale.

În concluzie, la poziția antitetică dintre științele exacte și medicină, aceasta din urmă este o disciplină în care lipsa de precizie este legată de natura obiectului și nu de o gîndire defectuoasă. Gîndirea naturală și intuiția nu sînt suficiente în toate cazurile pentru rezolvarea diferitelor probleme legate de diagnostic. Gîndirea bazată pe principiile și regulile logicii fecundează intuiția și potențează gîndirea naturală. Pe de altă parte, lărgirea bazei științifice și matematizarea, ca metodă de lucru, apropie tot mai mult medicina de științele exacte, iar noile mijloace de investigație anihilează în tot mai mare măsură acea fărîmă de incertitudine pe care o mai conține medicina. De aici și posibilitatea de a greși.



Condițiile în care își desfășoară activitatea în clinică expune chirurgul la greșeli mai mult sau mai puțin grave pentru bolnavi, mai ales atunci cind deciziile de diagnostic sînt urmate de intervenții chirurgicale inoportune. Cauzele greșelilor sînt multiple. Unele sînt de cauză obiectivă, legate de bolnav și de boală. Altele sînt de ordin subiectiv, legate de examinator. Printre acestea din urmă se situează erorile de diagnostic prin gîndire medicală

greșită, care ne interesează în mod special aici. Dar, la o analiză mai profundă se pot evidenția factori care țin de intelectul clinicianului, în marea majoritate a cazurilor.

Erorile de diagnostic prin gîndire medicală greșită se datorează în primul rînd nerespectării regulilor și legilor gîndirii logice. Din cele relatate pînă acum reiese că medicul poate greși ca urmare a modului cum mînuie uneltele pe care logica i le pune la dispoziție: raționamente, judecăți și noțiuni. El greșește cînd trage o concluzie certă din raționamente care sînt numai de probabilitate, cînd construiește raționamente categorice pe bază de judecăți particulare, cînd formulează judecăți cu veleități de valabilitate universală, întemeiate pe noțiuni imprecis definite sau lipsite de specificitate. Toate acestea sînt însă ușor de înțeles și nu este cazul să insistăm asupra lor, deși, sub aspectul cauzalității, importanța lor este cu totul deosebită.

Erori de diagnostic pot fi generate și prin gîndire metafizică, înțelegînd acest termen în sensul pe care i-l atribuie marxiștii, spune V. Săhleanu, – nu în înțelesul tradițional din filozofie, ci în opoziție cu termenul de „dialectic". Același autor spune mai departe: *„Gîndire dialectică însemnează a vedea în spatele simptomelor interdependența lor, a aprecia subtil și diferențiat legătura dintre cauză și efect, a ține seama de faptul că valoarea aceluiași simptom poate să difere în funcție de momentul evolutiv al bolii, a lua în considerare reacția întregului organism etc."* Diagnosticele complexe de astăzi sînt, într-adevăr, diagnostice dialectice. Medicul trebuie să aibă grijă să menționeze, ori de cîte ori acest lucru este necesar, stadiul bolii, o eventuală complicație, factorul etiologic sau o boală asociată. Un diagnostic complet, indispensabil în alegerea unei anumite terapeutici, din numeroasele posibilități care se oferă în prezent medicului, nu trebuie să fie nici superficial, nici prea îngust, nici bazat pe interpretări simpliste. *„Cine nu știe să gîndească medical și judecă fragmentar, acela neagă medicina"*, spunea Cehov.

Dar, de cele mai multe ori, medicul greșește prin subiectivism. Această greșeală poate fi întîlnită în toate etapele diagnosticului. Medicul dă dovadă de subiectivism cînd acordă o importanță prea mare plîngerilor bolnavului, mai ales cînd acestea reflectă numai senzațiile și percepțiile lui. Subaprecierea datelor de anamneză și de istoric ale bolii constituie de asemenea o dovadă de subiectivism. Aceleași greșeli pot rezulta din încrederea exagerată a medicului în propriile lui simțuri, ca și din subaprecierea constatărilor sale.

În toate aceste cazuri este vorba de evaluarea unor constatări bazate pe simțuri, care pot fi exagerate sau minimalizate. Dar subiectivismul se poate manifesta și atunci cînd medicul evaluează manifestările obiective ale bolilor, cînd apreciază datele pe care le oferă laboratorul. În fine, greșelile prin subiectivism se pot produce și din cauza unor idei preconcepute, cînd se fac analogii superficiale, cînd se identifică tablouri clinice al căror conținut diferă.

Problema prejudecăților este însă văzută în mod diferit de către psihologi și de către unii cercetători. Pentru psihologi, prejudecata este o judecată apriorică, cu caracter de opinie personală, insuficient verificată prin experiență și insuficient întemeiată logic. Ea este susținută afectiv, uneori numai din comoditate intelectuală. Astfel privite lucrurile, îl putem înțelege pe F. Poilleux cînd spune: *„Rigoarea unui examen clinic fără idee preconcepută este aceea care caracterizează un medic mare"*. Tot așa de bine îl putem înțelege și pe R. Cruchet: *„Dificultatea pentru un observator este să-și păstreze sîngele rece, să nu aibă idei preconcepute și să înregistreze ceea ce vede, ceea ce i se spune, cu o neutralitate absolută, pentru a-și păstra libertatea de spirit* și *a*

uza de ea la momentul oportun. Cel mai mare număr de erori medicale se datoresc faptului că medicul, avînd capul plin de tipuri clinice cunoscute, caută să facă să intre în aceste tablouri toate cazurile de bolnavi pe care îi are de tratat".

Dar prejudecățile pot fi privite și de pe alte poziții. Evoluția noastră în societate, în activitatea profesională, se bazează în mare măsură pe experiența cîștigată, pe reprezentări, pe principii și pe concepte. Toate acestea constituie idei preconcepute atunci cînd ne aflăm într-o situație nouă. Sub acest aspect, prejudecățile sînt, sau pot fi,foarte valoroase. Ceea ce nu trebuie să facem este să fim sclavul lor, să fim dogmatici, lipsiți de simț critic. O idee, o teză, nu trebuie considerate ca avînd o valoare absolută, aceeași în toate condițiile. Această problemă o tratează cu foarte multă competență H. Seyle, referindu-se la omul de știință, dar considerațiile sale sînt valabile și pentru clinician. „*Pe de o parte ne-am spus, cu multă dreptate, că adevăratul om de știință trebuie să fie în stare să se elibereze de prejudecăți, să se arunce în afara căilor obișnuite ale rațiunii, deoarece numai în acest mod el poate să-și păstreze un spirit liber, reușind să observe ceea ce nu caută sau să formuleze un concept cu totul nou. Pe de altă parte, gînditorul cu adevărat eliberat de prejudecăți știe că nu poate și nu trebuie să se dezbare cu totul de ele. Dacă ar face aceasta, el ar pierde toate avantajele experienței pe care le-a cîștigat mintea sa, nu numai în decursul propriei sale vieți, ci și în cursul evoluției speciei umane de-a lungul secolelor. Individul total lipsit de prejudecăți, care acordă aceeași atenție tuturor posibilităților, va fi neînarmat, nu numai pentru activitatea științifică, ci și pentru a supraviețui*".

În cadrul erorilor de diagnostic legate de examinator, din punctul de vedere al cauzalității, se întîlnesc situații unde este vorba tot de deficiențe în modul de gîndire, dar fără ca acest lucru să fie evident la prima vedere. De exemplu, oboseala. Pirogov, care a fost un model de onestitate și sinceritate povestește cum, după o călătorie lungă și grea, a fost chemat să vadă un bolnav care acuza dureri violente la nivelul unei gambe. După toate aparențele era vorba de un „flegmon supurat", spune el. Bolnavul insista să se intervină cît mai repede pentru a scăpa de dureri. Obosit, Pirogov, a judecat că este un caz simplu, unde nu se punea decît problema unei incizii. El a înfipt bisturiul în tumoră, dar un val de sînge arterial i-a arătat imediat greșeala. A fost vorba de un anevrism conținînd cheaguri, însoțit de fenomene inflamatorii, care au influențat în așa măsură pulsatilitatea și expansibilitatea leziunii încît i-au scăpat ilustrului chirurg. Și în acest caz, la baza erorii a stat o deficiență în modul de gîndire, generată de oboseală. În aceste condiții îl putem înțelege pe N. Fiessinger, cînd mărturisește: „*În cursul unei vieți veșnic în alarmă, ignorînd repausul săptămînal, orele de destindere, vacanțele regulate, ignorînd adeseori liniștea nopții și întotdeauna calmul meselor, oboseala medicului se explică pe deplin. Sînt zile cînd este tracasat. Să nu ne mirăm deci dacă în asemenea condiții acest travaliu frumos care se numește diagnostic este scurtat, eludat, sau chiar suprimat. Și atunci eroarea devine posibilă. Este ea scuzabilă? Desigur că da. Dar această eroare poate fi corectată pentru că medicul simte cum ia naștere din oboseală*".

Din fericire, pe măsură ce medicul devine mai ocupat, în aceeași măsură crește experiența lui. Altfel, ar trebui ca numărul greșelilor să crească proporțional cu vîrsta. Dar medicul nu trebuie să uite nici un moment că un diagnostic delicat nu se poate pune în fugă și că atunci cînd este obosit trebuie să renunțe la unele examinări mai laborioase.

Greşelile de cauză obiectivă, legate de boală sau bolnav, au şi ele o componentă de ordin intelectual, aparţinînd medicului examinator. Complexitatea procesului patologic poate fi o cauză, dar şi într-o situaţie de acest gen, un clinician reuşeşte să se descurce, în timp ce altul nu. În asemenea situaţii excelează clinicienii bine documentaţi, cu ideaţie clară şi rapidă, şi cu un fond bogat de reprezentări. În multe cazuri, nedepistarea unei boli asociate, atribuită unui examen incomplet, evidenţiază tot insuficienţa gîndirii clinice, mai mult decît superficialitatea investigării. Cei din generaţia noastră îşi amintesc de cazul unui personaj încoronat, aparţinînd dinastiei Hohenzollern, care purta un anus contra naturii sub hlamida regală, deoarece medicul personal nu a îndrăznit să-i facă un tuşeu rectal. A pus diagnosticul de hemoroizi, în locul neoplasmului mai sus situat, astfel că intervenţia a avut loc într-un stadiu avansat de boală, cînd nu s-a mai putut restabili tranzitul intestinal normal. Un clinician inteligent şi cu experienţă nu va sta pe gînduri să ceară unei bolnave să se dezbrace complet dacă este cazul, indiferent de starea ei socială, şi nu va ezita să facă tuşeul vaginal sau rectal, dacă situaţia o cere.

În aceeaşi ordine de idei pot fi menţionate erorile de diagnostic legate de comportarea bolnavului, unde inteligenţa şi spiritul de observaţie al examinatorului pot evita comiterea unei greşeli. Un bolnav informează greşit, uneori din ignoranţă, alteori cu bună ştiinţă, şi poartă răspunderea diagnosticului eronat. Dar şi în asemenea situaţii, un medic cu multă experienţă se lasă mai greu înşelat. Atenţia lui este atrasă de vorbele şi gesturile bolnavului sau, mai frecvent, ale bolnavei, de excesele de informaţii destinate să convingă. Chirurgi tineri evaluează uneori greşit cazurile de nevroză şi practică intervenţii inoportune, ceea ce nu i se întîmplă unui chirurg versat, care apreciază la justa lor valoare manifestările funcţionale prezentate cu lux de amănunte de o pacientă. Rămîn cazurile cînd prezenţa unei tulburări funcţionale sau conformaţia morfologică a bolnavului împiedică un examen corect şi riscă să ducă la un diagnostic greşit. Contractura reflexă a peretelui sau obezitatea pot face dificilă perceperea unei tumori situate în profunzimea cavităţii abdominale. Atunci însă cînd există o suspiciune de tumoră, medicul dispune de mijloace paraclinice de investigaţie, care pot permite verificarea, cu condiţia ca să se gîndească la această posibilitate. Am asistat de-a lungul anilor la mai multe cazuri de laparotomie pentru ocluzie intestinală, unde cauza a fost o hernie crurală strangulată. La femeile obeze, o hernie crurală poate trece neobservată, pierdută în spatele manifestărilor clinice ale ocluziei intestinale acute. Aici nu este vorba numai de examen clinic incomplet, ci şi de un deficit intelectual. În cazul unei ocluzii intestinale a cărei cauză nu se găseşte, un clinician cu experienţă explorează întotdeauna orificiile herniare în cursul examenului local. Şi atunci nu mai este nevoie de radioscopie abdominală şi de constatarea de imagini hidroaerice pentru a pune indicaţia operatorie. Iar intervenţia directă pe o hernie crurală este mai simplă decît rezolvarea cazului prin laparotomie.

Din cele de mai sus reiese eforturile deosebite pe care trebuie să le facă medicul pentru a evita erorile de diagnostic la care este expus tot timpul. Sînt eforturi de concentrare care se înscriu în dinamica proceselor nervoase fundamentale, într-un grad mai înalt decît în multe alte profesiuni. Dar aceasta conferă o valoare deosebită rezultatelor obţinute şi îi asigură medicului un loc de invidiat în societate.

Revoluția tehnico-științifică contemporană s-a făcut simțită și în domeniul diagnosticului, atît cu privire la modul de desfășurare, cît și în legătură cu gradul de precizie care poate fi obținut. Printre problemele importante care se ridică, trei merită a fi luate, cu precădere, în discuție: aportul noilor mijloace de investigație paraclinică în stabilirea diagnosticului, influența teoriei informației cu privire la înțelegerea desfășurării acestui proces și rolul mașinilor de calcul în prelucrarea informațiilor și a identificării bolii. Noile mijloace de investigație le-am menționat deja și vom trece mai repede peste ele. În schimb vom insista ceva mai mult asupra informaticii, știință aplicativă, care se folosește de teoria informației pentru culegerea, transmiterea și depozitarea datelor și de calculatoare, care permit prelucrarea matematică și automată a informațiilor. Intenția noastră este doar de a oferi cîteva date pe care le considerăm utile chirurgului în vederea culturii sale generale.



În ce privește noile mijloace de investigație, am văzut posibilitățile extraordinare pe care laboratorul și aparatura modernă de explorare le oferă medicului, permițîndu-i să facă astăzi diagnostice de mare finețe și să conducă cu fermitate și precizie acțiuni terapeutice dintre cele mai complexe. Cu privire la laborator, se poate trage o concluzie, recunoscîndu-se aportul tot mai valoros pe care îl aduce la edificarea diagnosticului, dar părerile au rămas aceleași, unanim acceptate, cu privire la preeminența clinicii. Acest lucru îl exprimă clar Peatnițchi *(Metodologia diagnosticului medical,* 1966): *Examenele speciale, cu toată importanța lor hotărîtoare, rămîn în principiu un auxiliar al metodei clinice. Diagnosticul definitiv îl pune clinica, cu ajutorul laboratorului și nicidecum invers. Cele două metode nu sînt opuse una alteia, ci constituie o unitate dialectică, implicînd o anumită ierarhie și o anumită variație a ponderii specifice fiecăreia dintre ele, în funcție de condițiile concrete. Explorările speciale constituie o necesitate pentru clinică. Superioritatea examenului clinic constă în faptul că el operează cu percepții și reprezentări polisenzoriale foarte complexe, cu o mare capacitate de cuprindere a tabloului integral al organismului bolnav și a reacțiilor sale* [...]. *Examenele speciale, mai ales cele de laborator, dimpotrivă, nu ne dau, de obicei, o imagine integrală a tabloului morbid, ci vizează diferite verigi sau aspecte separate ale acestuia. În schimb, au avantajul că dezvăluie mecanismele intime, esența fenomenelor morbide și pot atinge o înaltă specificitate".*

Progrese deosebite au fost realizate în ultimii ani, așa cum am văzut, grație noilor mijloace de investigație, grupate în cadrul „imagisticii medicale", unde sînt folosite alte surse de energie decît lumina clasică. La simpozionul care a avut loc la Cluj-Napoca în iunie 1986, în cursul căruia a fost adusă în dezbatere această problemă, s-a dat următoarea definiție, acceptată în unanimitate: *„Imagistica medicală cuprinde ansamblul metodelor care folosesc pentru redarea imaginii de organe sau țesuturi sisteme tehnice de prelucrare și reconstrucție rapidă a informațiilor obținute cu ajutorul diferitelor surse de energie".* Cele mai multe dintre noile mijloace de explorare se bazează pe o aparatură de mare complexitate și foarte costisitoare, dar ele permit diagnostice de mare precizie și aduc, adeseori, date exacte privind natura tulburărilor în cauză și gravitatea lor. Din grupul lor fac parte ecografia, termografia, scintigrafia și, ultimele venite, tomodensitometria computerizată,

utilizînd razele X, tomografia computerizată prin emisie de pozitroni și rezonanța magnetică nucleară.

Pe lîngă aceste mijloace de explorare, aplicabile în diferite domenii ale patologiei, apar noi metode care vizează sectoare mai limitate, în timp ce, în paralel, unele metode de investigație se perfecționează. De exemplu, în domeniul flebologiei, în ultimii 3—4 ani au apărut numeroase lucrări privind flebografia izotopică, ecotomografia venoasă, pletismografia și fotopletismografia, fotoreflexoreografia, flebodinamometria prin pletismografie în lumină infraroșie. Flebologul renunță tot mai mult la rigorile examenului clinic, mulțumindu-se să solicite confirmarea diagnosticului și, eventual, completări specialistului care mînuiește o aparatură tot mai sofisticată. Chiar și flebografia, care și-a cîștigat atîtea merite, nu mai este folosită decît în ultimă instanță, după ce s-a recurs la mijloacele noninvazive menționate mai sus. Cît de departe sîntem astăzi de proba celor trei garouri folosită altădată intens pentru informațiile prețioase pe care le oferă cînd este corect executată!

Orientarea care se manifestă tot mai mult spre explorările funcționale noninvazive în flebologie, ca și în alte domenii ale patologiei, este privită cu unele rezerve de către numeroși autori. În primul rînd se pune problema abuzului de indicații. Se cer, spre exemplu, specialistului examenul ecografic sau cel prin pletismografie ocluzivă într-un caz de varice hidrostatice cu reflux pe safena internă, atunci cînd această tulburare funcțională poate fi ușor pusă în evidență prin proba Trendelenburg, atît de veche și de fidelă. Sînt apoi rezultatele greu de interpretat de către cei care nu au cunoștințe temeinice despre aparatura folosită. În al doilea rînd este vorba de costul ridicat al aparatelor. Tomodensitometria (scanerul) este atît de costisitoare încît numai marile centre medicale își pot permite achiziționarea aparaturii necesare. Rezonanța magnetică nucleară implică nu numai un cost prohibitiv privind sursa de energie, dar necesită și o clădire proprie. Revenind la flebografie, menționăm că, în cursul unei discuții la Societatea franceză de flebologie în cursul anului 1986, un autor — Hodard —, cînd i s-au cerut precizări în această problemă, a arătat că un examen prin angioscintigrafie venoasă, metodă preconizată de el, costă numai 1750 de franci (!). Menționăm apoi că o unealtă din cele mai simple poate fi foarte costisitoare, dovadă termocuplul folosit în Olanda de către Kuiper pentru măsurarea circulației cutanate, care comportă o placă de aur și un inel, tot din aur, separat de placă printr-un izolator. Autorul nu se sfiește să mărturisească că, deși a fost propusă la două congrese internaționale în ultimul deceniu, metoda nu s-a putut generaliza deoarece aparatul nu a fost comercializat!

Dar cel mai mare reproș care se face orientării excesive spre explorările paraclinice îl constituie tocmai interpunerea tehnicii între bolnav și medic. Este problema dezumanizării medicinei, asupra căreia s-a insistat atît de mult în ultimele decenii.

Unul dintre primii care au tras semnalul de alarmă este Leriche. Redăm aici un text care îi aparține, relativ des citat în ultimul timp, atît pentru profunzimea gîndirii, cît și pentru latura artistică a exprimării: *„Antrenată într-un vîrtej de descoperiri, medicina este ca și zăpăcită. Amețită de analize și de noutăți, ea aspiră la un minut de sinteză. Ea ar vrea să-și poată relua respirația sub platanii din Cos. Fără să și-o mărturisească, ea are teamă. Ea simte că multiplicarea tehnicilor, fărîmițarea celor mai vechi tradiții, o fac să treacă printr-un pericol căruia nu îi va rezista, acela de a uita, alături de umorile sale, omul care este obiectul ei, omul întreg, în carne și sentimente. Și, din instinct, ea se întreabă*

dacă nu ar trebui repus la locul cuvenit primatul observației omului de către om, pentru ca să nu se prăbușească vechiul simț hipocratic în fața dictaturii aparatelor".



Și acum, înainte de a ne angaja într-o discuție referitoare la aportul informaticii și al teoriei informației la procesul de identificare a bolilor, credem de bine să revenim puțin în urmă și, ca o nouă rampă de lansare în discuția ce va urma, îl cităm pe V. Săhleanu pentru observațiile pertinente pe care le face în legătură cu baza logică a diagnosticului: „[...] *diagnosticul medical este un admirabil exemplu de permanentă conlucrare între gîndirea abstractă și înregistrarea senzorială* [...] *Asistăm la o strînsă împletire și la o permanentă interacțiune între veriga senzorială și cea rațională a procesului de cunoaștere. De exemplu gîndirea abstractă planifică înregistrarea senzorială, o canalizează spre datele cele mai semnificative, dar, chiar după ce s-a ajuns la o concluzie diagnostică definitivă, senzorialul rămîne mobilizat, urmărind evoluția bolnavului care poate detaila sau modifica diagnosticul inițial și, în orice caz, asigură trecerea de la diagnosticul logic-formal (abstract) al bolii, la diagnosticul concret, individual, al bolnavului*". Din textul de mai sus se degajă importanța înregistrării senzoriale, care stă la baza gîndirii abstracte ce permite elaborarea diagnosticului. Mai simplu spus, este vorba de culegerea informațiilor și de prelucrarea lor în vederea adoptării unei decizii, care este diagnosticul. Or, această problemă constituie chiar obiectul de studiu al informaticii.

În ce privește teoria informației, aceasta permite o mai bună înțelegere a modului cum se „edifică" diagnosticul. Din punctul de vedere al acestei teorii, informația implică o interacțiune de tip comunicațional, între o sursă emițătoare și un destinatar receptor. În cazul diagnosticului, emițătorul este bolnavul, iar medicul receptorul. Ca sursă de emisie, bolnavul dispune de un potențial informator legat de diversitatea și complexitatea manifestărilor procesului patologic. Informațiile sînt culese de receptor, adică de medic, cu ajutorul organelor sale de simț și sînt transmise pe cale nervoasă pînă la organul de comandă, care este creierul, unde are loc prelucrarea. Sub acest aspect, procesul de diagnostic poate fi considerat ca un sistem informațional închis, cu mai multe circuite, reprezentate de văz, auz și organe periferice de simț. În acest sistem intră ansamblul informațiilor pe care le poate emite bolnavul, canalele de circulație, procedeele și mijloacele de tratare a informațiilor de către medic, urmate de decizia de diagnostic. Omul este definit ca o ființă informațională prin excelență, în sensul unei maxime capacități de absorbție și producere a informației.

În cazul diagnosticului, informația reprezintă un element dintr-un mesaj destinat să înlăture o incertitudine, o nedeterminată și să permită realizarea unui proces cognitiv care urmărește identificarea bolii. Valoarea informațiilor emise de bolnav diferă foarte mult. Informatica se deosebește de semiologie, de exemplu, pentru că se ocupă de producerea, transmiterea și prelucrarea informațiilor, fără a ține seama, în mod obligatoriu, de semnificațiile legate convențional de ele. Teoria informației nu se interesează nici de natura informației transmise și nici de reacția la informația primită. Aprecierea este cantitativă. În schimb, în elaborarea diagnosticului, un rol mai important revine laturii calitative a informației decît celei cantitative. Interesează în primul rînd valoarea pragmatică a informației, adică a utilității ei

practice. La patul bolnavului se pot culege multe informaţii nesemnificative. Altele au însă o valoare predictivă. Predicţia este o funcţie importantă în domeniul metodologiei diagnosticului. Valoarea predictivă a unui semn clinic este legată de specificitatea lui. Cu cît un semn este mai des întîlnit într-o boală şi mai rar în alte boli, cu atît valoarea sa este mai mare. Informaţia pragmatică ideală este reprezentată de semnul patognomonic. Pînă acum nu s-a reuşit însă a se crea o teorie matematică graţie căreia să se poată stabili relaţia dintre o informaţie, sub aspectul ei calitativ, şi cel care o recepţionează, în aşa fel ca să devină posibilă aprecierea cifrică nu numai a cantităţii, ci şi a valorii, în sens semantic, a informaţiei. Cu aceasta, iată-ne ajunşi la problema algoritmizării procesului de diagnostic.

Algoritmul stabileşte, sub o formă inteligibilă, un şir finit de operaţii elementare care se înlănţuie, într-o ordine constantă, pentru prelucrarea unei informaţii şi rezolvarea unei probleme. Pornindu-se astfel de la date certe, algoritmul permite găsirea, în mod mecanic, a soluţiei în contextul unui ansamblu de reguli şi operatori proprii acestui tip de construcţie logică. Procesul de algoritmizare integrală a diagnosticului nu este însă posibil, pentru că obiectul (boala ce urmează a fi identificată) comportă stări neprevăzute, care nu permit operaţii logice stabilite dinainte. În ştiinţele exacte este posibil calculul logic, o operaţie analoagă calculului matematic. Calculul logic, ca procedeu, atunci cînd este posibil, garantează justeţea fiecărui pas în edificarea diagnosticului şi asigură certitudinea. Acest lucru nu este însă realizabil decît rareori în medicină, pentru că modul de gîndire al medicului nu se bazează pe algoritm, ci pe procedee euristice. Euristica este o disciplină metodologică care constă într-un mod de operare intelectuală bazată pe întrebări, punerea de probleme, construirea de ipoteze, libere sau edificate pe raţionamente plauzibile. În euristică sînt admise mai multe soluţii posibile şi sînt solicitate disponibilităţile imaginaţiei şi ale gîndirii creatoare. În stabilirea diagnosticului, medicul se bazează pe probabilităţi şi mai puţin pe date certe. Aceste probabilităţi pot fi obiective, legate de bolnav şi de boală, dar ele sînt de multe ori numai subiective, legate de medic, de experienţa lui, de intuiţia şi de modul lui de a gîndi. În esenţă, diagnosticul reprezintă o problemă în rezolvarea căreia intră un număr mult mai mare de factori determinanţi decît în rezolvarea unei probleme de ordin matematic.

Problema informaţiilor poate fi evaluată şi de pe un plan mai general. În zilele noastre, omul este copleşit de avalanşa informaţiilor „*Ştiinţa dezvoltîndu-se peste măsură a ajuns să creeze ramuri noi, atît de multe încît ele depăşesc după datele furnizate de UNESCO numărul de 1200 discipline. Masa informaţiilor a devenit atît de mare încît omul nu mai poate pretinde să le cunoască pe toate. Multiplicarea la nesfîrşit a ştiinţelor duce la o concluzie paradoxală: cu cît vom avea mai multe ştiinţe omenirea va şti mai mult, dar individul va şti mai puţin, prin forţa lucrurilor. El va fi doar un specialist, într-un sector limitat, sector ce se va restrînge tot timpul, rămînînd înstrăinat de aproape tot ce s-a realizat în cele mai multe domenii*", spune Anton Dumitru. Această observaţie este valabilă şi pentru medicină. Cunoaşterea medicală merge tot timpul înainte, apar mereu date noi privind înţelegerea fenomenelor patologice, se înmulţesc mijloacele de investigaţie, iar medicul este obligat să se profileze sau să se refugieze în cadrul unei specialităţi tot mai înguste. Dar şi aici informaţiile sporesc într-una. Între ceea ce se putea şti şi se ştia altădată în medicină diferenţa era relativ mică, în timp ce astăzi între ceea ce se ştie şi s-ar putea şti această diferenţă este foarte mare. Pe măsură ce se acumulează noi cunoştinţe creşte şi gradul de ignoranţă. Pînă la urmă, avalanşa informaţiei

nu poate fi stăpînită decît prin gîndire. Un rol mai important revine plusului în materie de gîndire decît plusului în materie de acumulare a cunoştinţelor. Sub acest aspect este de reţinut că informatica nu produce informaţii, ci ajută medicului să le folosească; îl scuteşte de a le memoriza şi, în cazul diagnosticului, îi vine în ajutor, înlesnindu-i prelucrarea datelor.



Calculatoarele au pătruns în toate domeniile de activitate umană. În medicină, în numeroase sectoare, ordinatoarele au preluat muncile de rutină, care cer eforturi şi precizie, permiţînd medicului să-şi desfăşoare activitatea mai exact şi cu mai puţină oboseală. În ce priveşte folosirea ordinatoarelor în domeniul clinic, au fost înregistrate la început rezultate deosebite, mai cu seamă referitor la metodologia diagnosticului, şi au putut fi trase concluzii care sînt valabile şi astăzi. În anii care au urmat nu s-a înregistrat saltul aşteptat, din cauza caracterului aleatoriu al unor factori ce intervin în desfăşurarea activităţii la patul bolnavului. Maşina cere date precise, care să poată fi prelucrate automat, ceea ce am văzut că este pe deplin realizabil în ştiinţele exacte, mai puţin însă în medicină. Oricum, folosirea calculatoarelor în materie de identificare a bolilor ridică numeroase probleme, care merită a fi aduse în discuţie pentru o mai bună înţelegere a lucrurilor.

În primul rînd, calculatorul trebuie să dispună de o cunoaştere exhaustivă a patologiei întregului domeniu unde urmează să asigure identificarea bolii. Valoarea lui este cu atît mai mare cu cît zestrea sa de cunoştinţe este mai bogată şi cu cît este mai bine programat. Programarea constituie o operaţie lungă şi grea, şi cere un mare efort din partea specialiştilor care conlucrează în acest scop. Ca putere de înmagazinare şi memorizare, calculatorul are posibilităţi infinit mai mari ca omul, cu condiţia ca informaţiile să i se ofere într-un limbaj care să-i fie accesibil. Acest lucru a fost pus la punct şi sub acest aspect nu se ridică probleme deosebite. Calculatorul primeşte informaţiile graţie organelor sale de intrare, le prelucrează rapid, după scheme dinainte stabilite, şi le memorizează fără dificultate. Organele sale de recepţie sînt însă inferioare organelor de simţ ale omului, care înregistrează şi calitatea informaţiilor, în timp ce maşina nu le apreciază decît cantitativ. Important rămîne ceea ce i se oferă spre recepţie, deoarece maşina nu are gîndire proprie. Acceptă informaţiile, bune sau rele, fără a avea posibilitatea să le selecţioneze. Totul se bazează pe calitatea programelor introduse în calculator, care procedează la prelucrarea datelor cu mare precizie, dar în mod inconştient. Aceasta înseamnă că aparatul nu răspunde de rezultatul pe care îl dă. Răspund numai omul care l-a programat şi cel care îi oferă informaţiile de prelucrat.

O apreciere, oricît de sumară ar fi, comportă o evaluare comparativă între maşină şi om, sub aspectul posibilităţilor şi al interacţiunii reciproce, care sînt deosebit de semnificative şi merită a fi considerate mai îndeaproape. Am văzut că maşina prezintă avantajul că înmagazinează date în cantităţi care depăşesc cu mult posibilităţile de cuprindere ale omului, că le prelucrează cu o rapiditate neînchipuit de mare, dacă ne referim la ultimele generaţii de calculatoare. Apoi, maşina nu oboseşte, este obiectivă şi nu ştie ce sînt prejudecăţile. Dar maşina nu gîndeşte şi este lipsită de darul creaţiei. Inteligenţa umană implică conştiinţă şi o anumită structură, care comportă imaginaţie, intuiţie, capacitate de generalizare. Sub acest aspect, analogiile cu calcula-

toarele utilizate în prezent, chiar și cu cele de a patra generație, apar forțate. Care va fi situația o dată puse la punct calculatoarele din generația a cincea? Prin modul cum sînt concepute, ele apar sub un aspect cu totul nou. Primele patru generații se fundamentează în principal pe electronică (tuburi electronice, tranzistori, circuite integrate, microprocesoare), în timp ce generația a cincea se fundamentează pe utilizarea conceptelor informaționale ale inteligenței artificiale. Diagnosticul se stabilește în manieră conversațională, medicul dialogînd permanent atît cu bolnavul, cît și cu calculatorul electronic. Conversația se poate face în limbaj obișnuit, iar calculatorul devine mult mai accesibil medicului. Dacă ne gîndim la problemele pe care le ridică diagnosticul și pe care le rezolvăm în mod obișnuit prin inducție, deducție, analogie, adeseori prin intuiție, dar uneori și din întîmplare, ne dăm seama de uriașul progres care poate fi prevăzut o dată cu apariția noilor sisteme, care vor putea gîndi și conversa cu omul. Actualele calculatoare se bazează pe prelucrarea informației numai numeric, prin calcul, de unde și denumirea de calculator, în timp ce viitoarele sisteme sînt prevăzute cu funcții de interferență logică, de trecere de la premise la concluzii pe bază de raționamente.

Să revenim însă la calculatoarele experimentate pînă în prezent și la modul cum procedează medicul, comparativ cu mașina, în elaborarea diagnosticului. Medicul culege informațiile, le grupează și formulează o ipoteză de diagnostic bazîndu-se pe simptomele cu un caracter mai specific. El procedează în etape, folosind diferite tipuri de raționamente și poate reveni asupra drumului parcurs dacă nu și-a atins obiectivul. Sînt cazuri cînd diagnosticul poate fi formulat pe baza unui număr mic de semne, pe care un bun clinician le depistează uneori din primul moment. Mașina nu face decît să recepționeze informațiile, le condensează și le raportează mecanic la unul din profilurile patologice cu care a fost programat. Astfel stabilește, prin calcul, un indice de apartenență. Indicele cel mai ridicat reflectă diagnosticul cel mai probabil. Pentru aceasta este însă necesar ca mașina să aibă în program toate profilurile patologice, pe de o parte și să primească informații exacte cu privire la manifestările clinice ale bolnavului, pe de altă parte. Dar cel care culege informațiile este omul, cu simțurile lui, care poate greși. Oricît de bine ar fi pusă la punct mașina, exactitatea diagnosticului rămîne legată și de capacitatea medicului care o folosește. Sarcina acestuia nu este însă întotdeauna ușoară. El poate aprecia corect anamneza și poate transmite mașinii, cu precizie, unele semne clinice, în timp ce alte semne sînt mai greu de transmis: de exemplu, consistența unei tumori abdominale profunde, gradul ei de mobilitate sau caracterele apărării musculare într-un abdomen acut. Cu deosebire sînt greu de transmis manifestările funcționale, atît de nuanțate uneori, care grevează din ce în ce mai mult patologia și pot duce la aprecieri subiective și din partea medicului și a bolnavului. Mașina nu face decît aprecieri statice și răspunde doar la întrebări. Mai multe mașini programate la fel și în aceleași condiții de lucru dau același răspuns. Dacă programarea diferă, pot să difere și răspunsurile. Apoi, mașina nu urmărește desfășurarea procesului patologic, care se poate schimba dintr-un moment într-altul. Aici se vădește superioritatea omului, care construiește mașina și o utilizează în funcție de valoarea pe care i-a asigurat-o. Omul este cel care stăpînește mașina și îi implementează anumite funcții. În cadrul relațiilor om-mașină este însă de luat în considerare și influența mașinii asupra omului în procesul de identificare a diagnosticului.

Mașina, pentru a fi folosită cu succes, trebuie să fie informată corect și cu termeni precis definiți, deoarece medicina devine acum matematică, iar

diagnosticul se obține prin calcul. Or, am văzut deja, în medicină, termenii nu sînt întotdeauna precis definiți și nici nu există o unanimitate de păreri cu privire la conținutul unor noțiuni și la interpretarea unor procese patologice. Referindu-ne la patologia venoasă, se poate face observația că, adeseori, se confundă venele anastomotice cu cele comunicante și cu venele perforante, iar cu privire la tromboflebite și flebotromboze, opiniile sînt împărțite. Apoi, sînt și astăzi autori care neagă existența varicelor profunde, în timp ce alții consideră că există, privind această problemă numai sub aspect fiziopatologic. Pe această linie a devenit obligatorie o înțelegere unică a fenomenelor patologice și de către constructorii mașinii și de către cei care o folosesc. Aceasta a dus la încercări de restructurare a medicinii, care continuă și astăzi.

Folosirea calculatoarelor obligă, pe de altă parte, la o examinare mult mai riguroasă a bolnavului și la o interpretare corectă a manifestărilor patologice. Medicul se poate baza pe un număr redus de semne pentru a formula diagnosticul, în timp ce mașina cere ca toate semnele să fie relevante, chiar și acelea pe care examinatorul în mod obișnuit le neglijează. Bolnavii își dau seama că se practică un examen mult mai complet, iar medicul nu este cu nimic dezavantajat de faptul că recurge la ajutorul calculatorului. Din contră se susține că impresia făcută asupra bolnavului, sub aspect psihic, este favorabilă. În nici un caz nu se poate vorbi aici de interpunerea aparatului și de îndepărtarea medicului de bolnav, reproș care se face aparatelor de investigație manipulate de altcineva decît cel căruia suferindul i s-a încredințat ca să-și redobîndească sănătatea.

Care sînt rezultatele de ordin practic obținute pînă în prezent în domeniul folosirii calculatoarelor la stabilirea diagnosticului? Dacă rezultatele obținute cu calculatoarele din primele generații nu au fost convingătoare, se poate afirma că noile ordinatoare își demonstrează cu prisosință calitățile. Experimentarea lor se desfășoară în domeniul medicinii interne, unde au fost puse la punct sisteme expert în numeroase sectoare ale specialității. Pentru detalii pot fi consultate cu folos studiile lui A. Restian, îndeosebi lucrarea *Diagnosticul medical* (1988), cît și volumul *Informatica medicală* (Editura Medicală, 1988). În chirurgie, experimentarea este mult mai redusă, întrucît în cazurile cronice, diagnosticul este mai puțin pretențios, iar în cazurile mai delicate bolnavul se internează cu diagnosticul deja precizat, urmînd a fi pregătit pentru intervenție și operat. Situația este însă cu totul alta în urgențele abdominale. Bolnavul se prezintă direct la chirurgie, iar diagnosticul trebuie stabilit imediat. Acesta este domeniul în care s-a efectuat o experimentare ce poate fi considerată concludentă, calculatorul dovedindu-se un ajutor prețios pentru medic *(computer aided diagnosis)*. Putem porni de la articolul lui Donbal, care prezintă în 1984 rezultatele obținute într-un studiu anterior privind exactitatea diagnosticului obținut de medici, după categorii, pe un număr de 552 de bolnavi: absolvenți — 42% diagnostice exacte; interni în primul an — 71%, *senior clinician* (cu peste 5 ani experiență) — 81%, în fine, *computer aided system* — 91% diagnostice exacte. O largă experimentare privind eficiența ordinatorului în diagnosticul abdomenelor acute a fost efectuată în trei localități apropiate din Anglia și Scoția: Leeds (5000 de cazuri), Airedale (1500 de cazuri) și Edinburgh (2500 de cazuri). Rezultatele, așa cum reiese dintr-o prezentare făcută la Academia Regală de Științe din Belgia (14 iulie 1984) de către A. Verniory, arată că exactitatea diagnosticului a crescut în medie cu 16%, perforațiile apendiculare la cazurile neoperate au scăzut cu 15%, iar laparotomiile „albe" s-au redus cu 8%. În același timp s-a redus numărul zilelor de spitalizare și au fost înregistrate economii serioase.

În discuţiile care au urmat a fost remarcat faptul că ordinatoarele au antrenat o examinare mai atentă a bolnavilor, o recoltare mai îngrijită a informaţiilor şi o mai bună utilizare a lor. În concluzie s-a insistat asupra propedeuticii şi semiologiei, care continuă să se situeze pe primplanul diagnosticului. În fine, menţionăm un alt studiu, tot atît de cuprinzător, efectuat şi el în Anglia, la care au fost antrenaţi 250 de medici, cercetători însumînd 16000 de bolnavi: exactitatea diagnosticului iniţial a crescut de la 45% la 63,3% graţie ordinatorului, iar după efectuarea investigaţiilor — de la 59,7% la 74,2% numărul perforaţiilor apendiculare s-a redus de la 25,7 la 11,5%, laparotomiile albe au diminuat cu 50%, au fost evitate 278 de operaţii inutile în intervalul de timp respectiv şi s-au economisit 8516 zile de spitalizare. Aceste rezultate au fost comunicate în 1986 de către I. D. Adams şi le-am redat mai în detaliu pentru că se referă la un domeniu al chirurgiei generale unde ordinatorul îşi dovedeşte cu prisosinţă eficienţa.

Despre utilizarea calculatoarelor în medicina clinică s-ar putea spune încă multe. Deosebit de interesantă este contribuţia lui C. Arseni privind analogiile dintre creierul uman şi calculator, bazate pe o îndelungată experienţă în neurochirurgie. „*Comparînd inteligenţa artificială cu cea naturală sau biologică, apare evident de la început că prima nu este altceva decît un model particular al celei de-a doua, întrucît ea reproduce funcţii esenţiale cognitiv-rezolutive, dar nici pe acestea în întreaga lor complexitate*". Autorul aduce precizări privind definirea termenilor de competenţă şi performanţă, arătînd că, din punct de vedere ştiinţific, acestea nu sînt sinonime. În cazul calculatorului, competenţa este aproape integral tradusă în performanţa sa, în timp ce performanţa reflectă aproape în întregime competenţa sa. La om competenţa informaţională a creierului depăşeşte în mod absolut competenţa calculatorului: „*Creierul natural (biologic) este capabil să abordeze un şir de tipuri sau clase de probleme incomparabil mai larg decît creierul artificial: el poate, de asemenea, să abordeze, cu o mare probabilitate de succes, nu numai probleme bine definite şi transformabile în algoritmi, ci şi probleme slab definite, a căror rezolvare necesită folosirea unor strategii variate şi procedee euristice. Prin urmare*, adaugă Arseni, *se poate afirma că structura de competenţă a creierului uman are o capacitate universală de operare, ce depăşeşte de departe structura de capacităţi a calculatoarelor actuale* [...]". Demne de menţionat sînt şi afirmaţiile privind factorii principali care condiţionează şi constituie suportul competenţei informaţional-instrumentale creierului uman. Elementul de bază îl reprezintă complexitatea şi diversitatea structurii sale interne: „*Structura internă a creierului facilitează efectuarea unui enorm, aproape infinit, număr de combinaţii şi operaţii informaţionale*". Un al doilea factor important care influenţează mult competenţa funcţională a creierului este plasticitatea sa: „*Plasticitatea favorizează marea capacitate a creierului de a învăţa (creierul uman este, în fapt, cel mai instructibil dintre toate sistemele informaţionale reale) şi abilitatea sa de a se organiza el însuşi, adică de a-şi spori competenţa informaţional-instrumentală în cursul funcţionării sale*". Cel de-al treilea factor este reprezentat de „*capacitatea de a combina şi corela în mod dinamic anumite structuri specializate, cu potenţialul polifuncţional al unor structuri de funcţii precis localizate (de exemplu cea senzorial-motorie), cu cele avînd o localizare distributivă sau constelaţională (de exemplu memoria—gîndirea, trăsăturile generale ale personalităţii, etc.)*". De aici, „*posibilitatea folosirii uneia şi aceleaşi secvenţe informatice în rezolvarea mai multor situaţii şi a diferitelor secvenţe informatice în rezolvarea uneia şi aceleaşi probleme*".

Demnă de luat în considerație este și compensabilitatea: *„Creierul uman posedă nu numai capacitatea de a-și perfecționa și consolida funcțiile sale informaționale, ci și aceea de a le remedia și a le recunoaște după o boală sau o dezordine patologică. Practica neurochirurgicală oferă un bogat material faptic în acest sens [...] Creierul uman este capabil să funcționeze acceptabil chiar după lezarea sau extirparea unei regiuni întinse.* Or, acest lucru nu este posibil pentru calculator [...] *Calculatorul se poate perfecționa, în timp ce creierul este însăși perfecțiunea".*

Ce ne rezervă viitorul? Tehnica face mari pași înainte, iar realizările ei își pun tot mai mult pecetea pe existența noastră de zi cu zi. Calculatoarele, mereu perfecționate, ajung să raționeze, să discute cu omul de specialitate și nu va trece mult timp pînă cînd noile mașini vor fi în măsură să se autoperfecționeze. Între creierul uman și cel artificial, distanța se face tot mai mică, dar omul nu va fi niciodată depășit, deoarece mașinilor le vor fi inaccesibile gîndirea creatoare, imaginația, elaborarea de ipoteze și alte forme superioare ale activității intelectuale. În chirurgia generală, calculatoarele vor pătrunde și în sălile de operație. Deja oftalmologii, în cursul unor operații la microscop, solicită ajutorul ordinatoarelor, mai precise și mai sigure în mișcările fine, care au ajuns să asculte de vocea operatorului. Manipularea microscopului în toate sensurile se face cu piciorul, pe o singură pedală, iar comanda vocală este directă: vertical, orizontal etc. Și au trecut deja cîțiva ani de la această realizare! În legătură cu diagnosticul, se pune problema dacă acesta va putea fi complet mecanizat și automatizat. Va fi înlocuit clinicianul, în procesul de identificare a bolii, de către un robot? Din două răspunsuri, iată primul: *„Computerul nu va duce la moartea clinicii: el va duce la renașterea ei"*, spune W. Card. Cel de-al doilea răspuns aparține cunoscutului chirurg De Vernejoul, care se exprimă mai nuanțat și cu mai mult sentiment: *„Acțiunea chirurgului, ca și a medicului, nu poate să se lipsească de observație și de meditație. Eliberați de sub empirismul milenar grație progresului acestui secol care le-a deschis un cîmp nelimitat de acțiune, medicii și chirurgii trebuie să lupte neîncetat împotriva sclaviei tehnice ca să își afirme vocația lor creatoare și bine chibzuită, în serviciul omului ce suferă. Profesiunea noastră trebuie să fie o gîndire în permanentă acțiune, altfel ar însemna că ne coborîm la funcțiile unui robot".*

Marele salt al epocii noastre în domeniul științei și al tehnicii îl constituie însă electronica moleculară. Ea deschide larg drumul de la materia nevie la materia vie. Ideea fundamentală a electronicii moleculare este folosirea moleculelor, îndeosebi a moleculei de proteină, ca elemente de bază în locul tranzistorilor, îmbinate în structuri care să memoreze și să prelucreze informațiile. De aici derivă noua disciplină științifică, — ingineria moleculară — și noile specialități, reprezentate de ingineria proteinelor și ingineria genetică. În noua perspectivă, celula vie începe să prezinte tot mai mult interes pentru electronică. *„Electronica moleculară,* spune recent Mihai Drăgănescu (1989), *va avea un rol important și din punct de vedere științific pentru studiul naturii substanței vii, a vieții și nu este exclus ca să se ajungă și la obiecte electronice moleculare vii, dacă, după modelul naturii, vor fi implicați acizi nucleici și medii apoase (electronica organismică)* [...] *Dacă se va ajunge la dispozitive vii, atunci se vor putea obține și funcțiuni de intuiție și creativitate, care să suplimenteze structurile dotate cu inteligență artificială".*

În această perspectivă, marcînd trecerea de la ficțiune la realitate, întrevăzută rațional și acceptată ca posibilă într-un viitor mai îndepărtat, robotul va putea înlocui omul în multe din acțiunile sale. În medicină,

se poate presupune că diagnosticul va putea fi complet automatizat, stabilit de calculator pe baza datelor furnizate de bolnav, fără concursul direct al medicului. În chirurgie însă, robotul nu va putea înlocui clinicianul, în tot cuprinsul activității sale, și cu atît mai puțin operatorul. Bolnavul așteaptă cu nerăbdare sosirea chirurgului la vizită, caută să prindă licărul de speranță din privirea lui, se liniștește cînd îi surîde, iar cînd îl atinge cu mîna se simte mult mai bine. Niciodată legătura aceasta, bazată pe afectivitate și solidaritate umană, nu se va putea stabili între om și mașină. Medicul însoțește bolnavul pe drumul lung și greu impus necruțător de boală îl ajută să treacă peste obstacole și îi insuflă încredere în vindecare. Robotul rămîne nepăsător și rece. În sala de operație, robotul, singur, rămîne neputincios și complet izolat. El nu poate face nici cea mai mică operație fără medic. Este ca un neștiutor de carte în fața unui text tipărit. Nu va înțelege leziunile și nu va ști la ce servesc instrumentele rînduite frumos lîngă bolnavul adormit. Va putea fi pregătit să asculte de unele comenzi, dar cel care îl va dirija nu va fi decît chirurgul. Omul creează unealta, o stăpînește și se folosește de ea. Aruncînd o privire departe în timp, ne putem închipui un furnicar de bolnavi într-un mare centru medical dotat cu aparatură sofisticată și roboți, dar pe suferinzi îi vedem grupîndu-se mereu în jurul oamenilor în alb. Pentru că, și în clarobscurul vremurilor ce vin, tot pe medic îl vedem purtînd făclia dragostei și întrajutorării.

3

PARADOXURILE, SOFISMELE ȘI PARALOGISMELE ÎN CHIRURGIE

Gîndirea, spun psihologii, face parte din existența omului, îi mijlocește toate acțiunile și este în permanentă dezvoltare. Orice cunoștință nouă, într-un anumit domeniu de activitate, permite dobîndirea de alte cunoștințe, dar acestea, situîndu-se pe aceeași linie, duc la o gîndire structurată unilateral. La aceasta trebuie să se gîndească și chirurgul. Pentru a-și îmbunătăți capacitatea de gîndire este util ca să acorde interes unor noțiuni de logică, mai departe de specificul muncii, cum sînt paradoxul, sofismele și paralogismele, cu care se întîlnește des, dar care nu sînt dezbătute în literatura de specialitate. Ele sînt însă foarte utile pentru formarea unui intelect bine organizat, logic, apt să înțeleagă esența fenomenelor patologice. Să începem deci cu paradoxurile.

Paradoxurile reprezintă o problemă de actualitate, căreia chirurgii nu-i acordă decît semnificația de părere contrarie opiniei generale (para = contra, doxa = opinie) sau de fapt ciudat, insolit, absurd chiar. Astăzi însă, filozofii și logicienii acordă termenului un înțeles precis, i-au stabilit cu exactitate limitele și subliniază mereu motivația și sensurile. În această accepțiune, mai îngustă și mai sobră, vom prezenta paradoxul, nu ca un fenomen marginal, ci implicat direct în gîndirea și activitatea chirurgului.

Pentru o mai bună înțelegere a lucrurilor, este bine să pornim de la un exemplu: *Paradoxul supurației plăgilor*. De-a lungul anilor, supurația s-a dovedit necesară pentru vindecarea unor plăgi. Prin supurație se elimină țesuturile sfacelate și corpii străini, începe procesul de cicatrizare și se vindecă plaga. De aici și dogma galenică a necesității supurației și expresia de *pus bonum et laudabile*. Dar supurația poate fi și o piedică în cicatrizare, cînd este întreținută de un corp străin retenționat sau de un fund de sac care nu se drenează. De aici, două enunțuri care se contrazic: supurația favorizează vindecarea și supurația se opune vindecării, amîndouă demonstrabile. Or, aceasta este definiția paradoxului în manualele de filozofie și psihologie: paradoxul este un enunț contradictoriu și totodată demonstrabil, în care două judecăți A și non A sînt adevărate în același timp.

În continuare, să luăm un alt exemplu: *Paradoxul antisepticelor*. Spre mijlocul secolului trecut, infecția făcea ravagii în spitale și chirurgia operatorie se afla în mare impas. Metoda antiseptică, pusă la punct de Lister (1867), a reprezentat o mare victorie, despre care s-a spus că a făcut să renască chirurgia. Antisepticul folosit a fost acidul fenic. Cu acesta, chirurgul își dezinfecta mîinile, spăla instrumentele, îl turna în plăgi, îl pulveriza în aer. În curînd însă, datorită unor inconveniente, asepsia a luat

locul antisepsiei. Substanțele antiseptice au continuat a fi folosite pentru dezinfecția tegumentelor și spălarea plăgilor. S-a observat însă repede că un antiseptic, cu cît este mai puternic, cu atît e mai nociv pentru țesuturi. Acest lucru l-a remarcat însuși Lister. Iată unul din aforismele promotorului metodei: „Acțiunea antisepticului este tot atît de nocivă elementelor anatomice, ca și germenilor; ea trebuie să fie redusă la minimum, atît ca doză, cît și ca durată." Tocmai în aceasta constă paradoxul antisepticelor, care sînt de mare ajutor, în același timp fiind însă și nocive.

Paradoxurile nu sînt însă întotdeauna așa de vizibile și atît de ușor de acceptat. Dovadă, *Paradoxul vasodilatatoarelor*. În tratamentul arteriopatiilor se folosesc pe scară largă substanțele vasodilatatoare. Sînt însă situații unde aceeași substanță, benefică prin natura ei, poate fi și nocivă. Într-o arteriopatie cronică obliterantă a membrelor inferioare, în zona ischemică se face simțită foamea de oxigen, iar vasele arteriale sînt dilatate la maximum. Cînd se administrează vasodilatatoare pe cale generală, acestea sînt antrenate spre zonele sănătoase, iar vasodilatația, dacă se produce, are drept consecință scăderea tensiunii arteriale, de unde un aport mai redus de sînge spre zonele situate dincolo de sediul obstrucției arteriale. Rezultatul este negativ, lucru astăzi dovedit. Așa s-a ajuns ca, în asemenea situații, să se preconizeze administrarea de vasoconstrictoare în perfuzii intravenoase. Noi am inaugurat perfuziile cu efedrină, cu efecte vasoconstrictive în regiunile sănătoase, determinînd creșterea presiunii arteriale și aport crescut de sînge spre zona ischemică. Acesta este *Paradoxul vasoconstrictoarelor*. Se poate spune că e vorba de două paradoxuri, la același nivel de generalitate, situate în „oglindă", în cadrul mai cuprinzător al *Paradoxului substanțelor vasoactive*.

Nu întotdeauna este ușor să se deceleze paradoxul, mai cu seamă în situațiile în care unul din cei doi termeni nu poate fi demonstrat în mod convingător. *Paradoxul refluxului biliar la ulceroși* este un exemplu. În manualele de medicină internă, la capitolul Patogeneza ulcerului gastric, este menționată și teoria lui Du Plessis (Lancet, 1965), susținută și de alți autori. Conform acestei teorii, incompetența pilorului, demonstrată la ulceroși, permite refluxul bilei în stomac, de unde lezarea mucoasei de către sărurile biliare în soluție acidă, producerea gastritei cronice și apariția ulcerului pe mucoasa inflamată. În chirurgie însă, refluxul bilei în stomac este apreciat în mod diferit. La începutul acestui secol, gastroenteroanastomoza era tratamentul de elecție în ulcer. S-a observat că această operație, cu 1—3% recidive cînd este corect executată, se soldează cu 15—20% recidive dacă se practică în același timp și excluderea pilorului, împiedicîndu-se astfel refluxul bilei. Mai mult chiar, în aceea epocă a fost propusă colecistogastrostomia în tratamentul ulcerului, în intenția de a se asigura alcalinizarea deplină a conținutului stomacului. În fine, experimental s-a arătat că cel mai sigur mijloc de provocare a ulcerului de stomac constă în derivarea completă a sucurilor duodenobiliare în ultima ansă ileală (operația lui Mann și Williamson). Este deci vorba de două enunțuri contradictorii, al refluxului biliar util și dăunător, prevenind și favorizînd apariția ulcerului.

În exemplele prezentate pînă acum, paradoxurile se sprijină pe eludarea principiului necontradicției (în logică, un enunț nu poate fi adevărat împreună cu negația lui). În alte cazuri, mai rare, la baza paradoxului stă contestarea principiului terțului exclus (orice propoziție logică este, în cadrul unui sistem, sau acceptată sau respinsă; a treia posibilitate nu există). Un exemplu în acest sens îl constituie *Paradoxul morții clinice*. În acest caz, paradoxul se bazează pe identificarea perechii distincte în exis-

tența biologică, de viață și moarte, care se suprapun și se confundă. Este o situație în care este prezentă și viața și moartea, unde terțul nu este exclus, chiar dacă nu este decît o situație de moment. Dar acest moment are o importanță covîrșitoare pentru înțelegerea fenomenului biologic, atît pe planul cunoașterii, cît și al eficienței în practica medicală.

Un alt exemplu, deosebit de instructiv ca mijloc de aprofundare a cunoștințelor și a eficacității în conduita terapeutică, îl constituie *Paradoxul acalmiei trădătoare în apendicită*. În cursul evoluției unei apendicite acute, acalmia, exprimîndu-se prin atenuarea manifestărilor clinice, mergînd pînă la retrocedarea lor completă, poate fi obținută prin medicație sau simpla aplicare a unei pungi cu ghiață. Dar această acalmie poate fi numai aparentă. Sub ea se poate ascunde o agravare, avînd consecințe dezastruoase. Asupra acestei acalmii trădătoare a insistat ilustrul internist Dieulafoy într-una din celebrele sale lecții clinice. Este cazul unui internist, mai chirurg decît mulți chirurgi (ceea ce semnifică tot un paradox). Ulterior, această acalmie înșelătoare a fost identificată și în evoluția unor abdomene acute, mai cu seamă în decursul peritonitelor prin perforație viscerală.

Alături de grupul mare al paradoxurilor semantice, în care se situează exemplele aduse pînă aici, se plasează grupul paradoxurilor logice sau formale. Paradoxurile semantice vizează înțelesul, ușurează interpretarea fenomenelor patologice, adevărul situîndu-se uneori la mare profunzime. Paradoxurile formale se bazează pe construcții sintactice, care surprind adeseori prin modul cum sînt formulate, dar adevărul se situează mai în suprafață, se degajează întotdeauna cu claritate și are un caracter de generalitate. O serie de exemple este cît se poate de edificatoare. Să începem cu exemplele din sala de operație.

Nu poți face de două ori aceeași operație. Este vorba de un paradox specific atît chirurgiei, cît și medicinii, în general. Fiecare bolnav își are boala lui, iar fiecare operație are particularitățile ei. Operațiile se aseamănă și se deosebesc, mai ales atunci cînd se practică intervenții de mai mare amploare, unde diferențele sînt mai evidente. Aceasta menține treaz interesul, munca devine pasionantă și, cu deosebire, se evită rutina, în înțelesul de obstacol în calea creației.

Hazardul nu trebuie lăsat la voia întîmplării, un al doilea exemplu, reflectă un adevăr de mare generalitate. Intervențiile chirurgicale comportă riscuri — accidente hemoragice, derapări în cursul disecției, interpretări greșite ale leziunilor — pe care chirurgul trebuie să le prevadă și să se pregătească a le evita. Toate acestea constituie elemente aleatorii și nu trebuie lăsate la voia întîmplării. Cu gîndul la ele și la obstacolele pe care eventual le va întîlni în cursul desfășurării intervențiilor majore, chirurgul nu închide ochii în noaptea din ajunul operației. Această situație, în mare măsură specifică chirurgiei, o vom discuta detailat în penultimul capitol al acestei lucrări.

Să ne grăbim încet reprezintă tot un paradox care se referă la desfășurarea intervențiilor de amploare. Chirurgul trebuie să efectueze operația cît mai în grabă, să ocolească obstacolele care prelungesc întotdeauna intervenția. Evoluînd mai încet în momentele dificile se cîștigă timp și se poate relua apoi ritmul rapid propriu chirurgiei. „*Atenție*, spunea Nélaton, *iată momentul să nu pierdem nici un minut; să nu ne grăbim!*"

Imaginația unui chirurg valorează mai mult decît își imaginează este tot un paradox legat de sala de operație. Înainte de a pune mîna pe bisturiu, operatorul trebuie să-și facă o imagine cît mai corectă cu privire la leziu-

5—c. 178

nile pe care crede că le va întîlni, să vadă leziunea ascunsă în morfologia viciată a situației locale și, mai cu seamă, să imagineze cele mai potrivite rezolvări pe plan anatomic și funcțional.

În fine, este de menționat un paradox, *Membrul fantomă*, care constituie o adevărată alunecare în ficțiune. Membrul bolnav a fost înlăturat, dar el continuă să chinuie operatul.

Paradoxurile apar și în numeroase situații din afara patologiei și a chirurgiei operatorii. Le întîlnim chiar și în titlurile unor lucrări scrise pe marginea chirurgiei. Aici putem menționa ultima carte a lui René Leriche: *Souvenirs de ma vie morte (Amintiri din viața mea moartă)*. Între cele două extreme ale existenței, între naștere și deces, viața alternează permanent cu moartea. Cartea este emoționantă și reflectă existența unui mare chirurg. Prietenul lui Leriche, marele scriitor Georges Duhamel — au efectuat împreună internatul în chirurgie — a scris o carte intitulată foarte sugestiv *Travail, o, mon seul repos (Muncă, singura mea odihnă)*. Mai recent, Robert Soupault, membru al Academiei Franceze de Chirurgie a publicat cartea *Pleins pouvoirs sur la vie (Depline puteri asupra vieții)*. Acest titlu corespunde paradoxului atotputernicului, care nu este altceva decît o modalitate de exprimare a unei forțe foarte mari (Solomon Marcus). Chirurgul este asimilat atotputernicului, dar numai în chip de metaforă.

În continuare, în cadrul acestui capitol considerăm utile cîteva cuvinte despre **sofisme** și **paralogisme**, două categorii filozofice care se situează în poziție contradictorie față de paradoxuri. O justă înțelegere a lor este necesară medicului, constrîns în permanență la eforturi intelectuale, unde luciditatea și clarviziunea sînt atît de prețioase. Și aici putem aborda discuția pornind de la un exemplu, acela de *Paradox al melanoamelor maligne*, care poate fi interpretat și ca sofism și ca paralogism.

Melanoamele maligne sînt tumori cu caracter invaziv și au un mare potențial de metastazare. După intervențiile chirurgicale au fost observate, în unele cazuri, generalizări rapide. Operația apare și benefică și nocivă, ceea ce constituie un paradox. De aici și interdicția, de către unii medici, a intervenției chirurgicale în melanoamele degenerate. Generalizarea după intervențiile pentru cancer a fost observată din toate timpurile. Însuși Hipocrat, într-unul din aforismele sale, recomandă să nu se intervină în cancere, pentru că se grăbește astfel sfîrșitul, pe cînd abținerea prelungește viața. Dar cancerele observate de Hipocrat se aflau în stare avansată de boală și nimeni nu se mai gîndește astăzi să intervină sau să se limiteze la intervenție chirurgicală cînd stadiul local a fost depășit. Același lucru se petrece și în cazul melanoamelor maligne. Greșeala constă în faptul că se stabilește, în mod eronat, o relație de cauză la efect. Operația este un element întîmplător: cînd ea intervine, generalizarea a avut deja loc, dar nu este manifestă clinic. În raționamentul care se face, se pornește de la o premisă greșită, fiind vorba de un sofism bazat, pe *error fundamentalis*. Cei care practică sistematic electrocoagularea în aceste cazuri își susțin uneori cu înverșunare opinia, chiar cu prețul de a induce în eroare. Or, aceasta este însăși definiția sofismului: raționament aparent corect, dar incorect în fond, construit pentru a induce în eroare sau a apăra cu orice preț o opinie. Dar intenția de a induce în eroare în mod deliberat sau situația susținerii cu orice preț a unei opinii, în cazul melanoamelor cel puțin, sînt excepționale. De cele mai multe ori, medicii sînt de bună credință și greșesc în raționament fără să vrea. În acest caz avem de-a face cu un

paralogism. Așa fiind și judecînd lucrurile de pe pozițiile logicii, nu avem de-a face cu un paradox, ci cu un paralogism în disputata problemă a melanoamelor maligne.

Dar, să luăm un alt exemplu, acela al *aerogastriei*, considerat ca paradox, care este în realitate un paralogism. Vechii autori au atribuit înghițirii aerului efecte nocive, de natură să ducă la îmbolnăviri în unele cazuri. Așa s-a ajuns la *aerofagie*, o afecțiune prezentată cu detaliu în cadrul bolilor stomacului. Au fost descrise manifestările de ordin digestiv, formele cardiace, dispneice sau nervoase de boală. Dar înghițirea aerului este un act fiziologic. Așa cum oxigenul este indispensabil procesului respirator, celălalt component al aerului atmosferic, azotul, un gaz mai lent resorbabil, este indispensabil procesului digestiv. În studiile efectuate și comunicate, sînt peste 30 de ani de atunci, grație derivației externe a conținutului esofagian, am putut stabili proporția aerului înghițit, raportat la volumul alimentelor ingurgitate, iar cu ajutorul sondelor, al injecției și sustragerii aerului, urmărind radiologic efectele, am putut ajunge la concluzii importante sub aspect doctrinal. Cea mai importantă se referă la amestecul aerului cu alimentele, ca urmare a masticației și a brasajului gastric, care duce la mărirea suprafeței, de unde o mai bună acțiune a sucurilor digestive. Pe măsură ce stomacul se destinde în cursul alimentației, o dată cu masa alimentelor ingerate, aerul se adună în porțiunea superioară a organului și constituie un adevărat piston de presiune pe care acționează diafragmul, ușurînd golirea stomacului. În același timp, lucru de mult cunoscut, punga de aer presează asupra cardiei și împiedică refluxul conținutului gastric în esofag. În aceste condiții, nu poate fi vorba de un paradox, deoarece cel de-al doilea termen — aerul înghițit, considerat nociv — nu este demonstrabil. Desigur, înghițirea aerului de către nevropate vagotonice, cu salivație abundentă, poate da loc la manifestări patologice. Aici este însă vorba de solicitarea în exces a organismului, ceea ce se poate produce și în cazul altor fenomene fiziologice. Și vechii autori au remarcat că, de cele mai multe ori, este vorba de nevropate sau psihopate, dar diagnosticul pus a rămas pînă astăzi cel de aerofagie, o entitate nosologică putînd fi pusă în discuție sub aspectul logicii formale. Aerofagia nu constituie un sofism, întrucît cei care o susțin, ca boală independentă, sînt de bună credință și greșesc doar pentru că pornesc, în raționament, de la o premisă falsă. Este un exemplu tipic de paralogism. Foarte clar se exprimă René Bailly: „Se comite un sofism cînd există tendința de a înșela, fie din dorința de a induce în eroare, fie pentru a face dovada subtilității spiritului; dar cînd cel care se înșeală este de bună credință, dacă raționează greșit fără să vrea, prin deficit intelectual sau prin lipsă de atenție, se produce un paralogism."

Deosebit de interesantă este raportarea paradoxurilor, a sofismelor și a paralogismelor la evoluția medicinii de-a lungul anilor.

Paradoxul a prins viață, ca noțiune filosofică, o dată cu emanciparea științei și a artelor prilejuită de Renaștere. Este cel mai tînăr. Termenul de paradox este menționat pentru prima dată în scris în anul 1485. De atunci a marcat un mers mereu ascendent și se bucură astăzi de mult credit.

Sofismele ne duc înapoi în timp, pînă în vremurile de început ale medicinii. Medicina sacerdotală și misticismul au constituit un teren deosebit de favorabil unor formulări sau interpretări destinate să inducă în eroare. De la Galen și pînă la sfîrșitul Evului Mediu, sofismele au proliferat, iar epigonii marelui medic al antichității au preluat parte din dogmele lui și s-au

complăcut în a eşafoda dogme noi, de natură să frîneze mersul înainte al medicinii. Cauterizarea plăgilor şi provocarea intenţionată a supuraţiei, ca şi dieta, clismele, emisiile de sînge şi lipitorile ilustrează practica abuzivă a medicilor de „robă lungă". Graţie Renaşterii, sofismele au devenit tot mai rare, zăgăzuite şi anulate de dezvoltarea cunoaşterii în diferitele sectoare ale medicinii. Supravieţuiesc doar în unele teorii patogenetice şi în motivaţii terapeutice, susţinute adesecori cu încăpăţînare. În schimb, abundă în lumea mare a „lecuitorilor", cu deosebire în domeniul cancerului. Sînt propuse tot felul de medicaţii, inutile sau dăunătoare, iraţionale în toate cazurile, de către indivizi de cele mai multe ori inculţi, stăpîniţi de interese personale. Şi, ceea ce este foarte dureros, e sprijinul pe care îl primesc de atîtea ori din partea presei de mare tiraj.

În ce priveşte paralogismele, existenţa lor este veche, dar studiul lor e mai recent. Principala cauză o constituie ignoranţa. Cînd vechii autori susţineau că în artere circulă aer, pentru că apăreau goale la disecţie, că sîngele trece direct din ventriculul drept în cel stîng prin pori microscopici, cînd au formulat teoriile fanteziste privind producerea bolilor, cînd au negat contaminarea în bolile infecţioase, de cele mai multe ori a fost vorba de lipsuri în cunoaştere, de raţionamente eronate, de generalizări rapide sau de lipsă de simţ critic. Paralogismele au dus la lansarea de boli la modă şi la metode terapeutice insuficient fundamentate. În schimb, studiul lor a permis precizarea unor termeni, o apreciere mai exactă a valorii simptomelor şi înţelegerea în patogenie. Viaţa paralogismelor este cu atît mai scurtă cu cît progresele pe care le înregistrează medicina sînt mai mari. Dispariţia paralogismelor semnifică apariţia adevărului. Sînt situaţii cînd mari descoperiri trec prin stadiul de paralogism. Acesta poate fi mai scurt sau mai lung, manifestînd uneori chiar un caracter de stabilitate, cum este cazul homeopatiei. Toate acestea pot fi mai bine înţelese aducînd în discuţie metodele terapeutice aparţinînd medicinii complementare, în fruntea cărora se plasează astăzi acupunctura şi homeopatia, cel puţin în ţara noastră.

Acupunctura, practicată în China din cea mai veche antichitate, se bazează, cum prea bine se ştie, pe introducerea în ţesutul celular subcutan de ace fine, din metale diferite, cu scopul de a acţiona pe cale reflexă asupra unor organe şi a influenţa astfel în bine tulburările funcţionale. Metoda se fundamentează pe teoria existenţei la om a două forţe care se echilibrează, una pozitivă (Yang), alta negativă (yin), iar introducerea acelor se face în anumite puncte, situate pe meridiane, alcătuind împreună hărţi. Dar punctele corespunzînd diferitelor organe nu au nici o relaţie cu structurile anatomice cunoscute astăzi, fundamentarea teoretică era fantezistă, iar interpretarea efectelor lăsa, pînă nu de mult, de dorit. În aceste condiţii, acupunctura a apărut ca unul din paralogismele cu foarte mare durată în timp. Iată însă că în ultimii ani au fost efectuate cercetări care atestă reacţia organismului la introducerea acelor şi la menţinerea lor, prin producerea de opioide endogene cu niveluri mari de endorfine. Graţie acestor cercetări, acupunctura capătă o bază ştiinţifică, se degajează din statutul de paralogism şi justifică mai bine aprecierile de care se bucură. Practicată de medici cu o bună pregătire profesională, sub aspectul unei corecte identificări a bolilor şi cu materiale perfect sterilizate — au fost semnalate cazuri de SIDA după acupunctură la un adolescent virgin (U.S.A.) — acupunctura şi-a cîştigat un loc în terapeutică şi nu este contestată decît dacă depăşeşte limitele unor indicaţii bine precizate. În plus, această metodă îşi arată virtuţile şi în domeniul anesteziei şi al analgeziei chirurgicale.

Homeopatia este și ea o metodă terapeutică tradițională, datînd de la finele secolului al XVIII-lea, cu aderenți în număr mult mai mic, dar foarte entuziaști. Ea se bazează pe teoria similitudinilor, care nu a fost însă dovedită, iar faptul că tratamentul nu se întemeiază pe diagnostic îi scade din valoare. Ea apare ca unul din cele mai autentice paralogisme, bazat pe un raționament care pleacă de la o premisă nedemonstrabilă. Dozările de substanță activă sînt infinitezimale și au fost relatate rezultate favorabile cu diluții în care nu se mai găsea practic nimic din produsul cu pretenții terapeutice. Cu aceasta ajungem la situația unora din marii medici aparținînd trecutului mai îndepărtat, care obțineau rezultate favorabile cu rețete conținînd *aqua simplex* sau *aqua fontanis*. Iar dacă mergem mai înapoi în timp, ajungem la Virgiliu, care afirmă că principalul mijloc folosit de geto-daci pentru vindecare era apa curgătoare, îndeosebi cea de Dunăre (Duțescu). Homeopatia rămîne un paralogism, fără perspective deosebite în fața și devine un sofism cînd există intenția de a înșela. Totuși este o metodă terapeutică blîndă și economică, care, dacă nu ajută, nici nu este nocivă, în afară de cazul că lipsește bolnavul de tratamentul judicios indicat.

O metodă terapeutică nu trebuie judecată numai după rezultate, pentru că vindecarea bolnavilor este influențată de numeroși factori. Pe lîngă un grad oarecare de eficiență în tratamentul tulburărilor funcționale și al leziunilor organice, terapeutica trebuie să aibă și o fundamentare științifică atestată. Nu este de acceptat afirmația lui Hahnemann, promotorul homeopatiei, că ,,cine vindecă are dreptate''. Dar, în unele boli cronice, unde se trece de la un tratament la altul își găsește locul și această metodă.

În încheiere la acest capitol, paradoxurile, paralogismele și sofismele prind viață în lumea incertitudinilor și se manifestă cu mai multă putere în unele discipline, precum medicina, care aspiră în permanență să pătrundă în grupul de elită al științelor zise exacte. Valoarea acestor noțiuni privind procesele patologice constă în adevărul pe care îl conțin. Acesta se poate situa în suprafață și atunci irumpe cu tot cortegiul de învățăminte satelite. Cînd se situează în profunzime, trebuie căutat. Căutarea este mai anevoioasă uneori, iar adevărul poate surprinde. Dacă apare în vădit contrast cu concepțiile sau cunoștințele anterioare, poate fi negat chiar și de către oameni de știință. Triumful este însă totdeauna de partea lui.

4

INCERTITUDINILE PROGNOSTICULUI

Omul bolnav, cînd se încredinţează medicului şi i se destăinuie, îşi pune aceeaşi veche şi chinuitoare întrebare: dacă afecţiunea de care suferă este sau nu gravă. Noţiunile sale de patologie sînt reduse şi el manifestă, în general, mai puţin interes pentru diagnostic decît pentru şansele de vindecare şi tratamentul de urmat. La întrebarea pusă, medicul răspunde uneori în mod diferit bolnavului faţă de familie, dar întotdeauna se bazează pe diagnostic, care reprezintă pentru el cheia succesului în activitatea sa de asistenţă medicală. Aceasta este situaţia astăzi, cînd există posibilitatea unui diagnostic complet, prin care se identifică boala, se precizează momentul evolutiv şi se consemnează particularităţile ei legate de bolnav. În acest fel se poate emite un prognostic, cu un grad variabil de certitudine, în funcţie de punctele slabe ale medicinii, pe care le-am văzut în capitolele anterioare. Altădată însă, datorită insuficienţei cunoaşterii în materie de patologie, prognosticul se situa şi pentru medic pe primul plan al preocupărilor în relaţiile cu bolnavul. Pentru „părintele medicinii", un anumit facies („hipocratic") nu era, aşa cum am văzut, un semn marcînd stadiul unei anumite afecţiuni ci un însemn de gravitate, indiferent de natura bolii. Celsus şi Galen au descris şi ei numeroase semne, mai puţin cu gîndul la identificarea bolii cît pentru a aprecia gravitatea situaţiei. Dacă însă pentru medic condiţiile de muncă şi modul de a gîndi sînt altele pentru bolnav a rămas prognosticul ca preocupare majoră şi constituie unul din cele mai preţioase mijloace de evaluare a capacităţii medicului. Omul suferind este mult mai afectat de un prognostic eronat decît de un diagnostic greşit. De aceea medicul, îndeosebi tînărul chirurg, trebuie să acorde toată atenţia prognosticului, care poate compromite o reputaţie altfel bine stabilită.



Sub aspect doctrinar, prognosticul tinde tot mai mult să devină o predicţie ştiinţifică, înţelegînd prin aceasta complexul de operaţii raţionale de anticipare a producerii sau dispariţiei unui eveniment, a desfăşurării sau rezultatului unei acţiuni, ori a unui proces de ordin intelectual. Predicţia se întemeiază pe un demers logic discursiv, adică desfăşurîndu-se în etape, constînd într-o activitate teoretică de gen prospectiv. Pentru medic, prognosticul reprezintă ansamblul de operaţii cu ajutorul cărora caută să prevadă evoluţia bolii şi devenirea bolnavului, respectînd regulile şi legile gîndirii logice. În această operaţie de previziune, medicul se bazează pe

diagnostic, în înțelesul cel mai larg al acestuia, pe experiență, pe capacitatea sa de apreciere a situației, dar el trebuie să țină seama și de intervenția altor factori, contingenți sau aleatorii, care pot interveni și influența exactitatea prognosticului. Pentru o mai bună înțelegere a lucrurilor credem util să prezentăm cîteva observații mai instructive.

În prima observație s-a ridicat o problemă de prognostic legată de natura bolii și de condițiile care au influențat finalizarea deciziei terapeutice. A fost o situație mai rar întîlnită, de natură să pună pe gînduri și pe om și pe chirurg.

În timpul războiului am fost consultat de o persoană în vîrstă de 42 de ani, aparținînd unei familii apropiate, pentru o leziune a glandei mamare — un nodul descoperit întîmplător în cursul toaletei. La examenul local am constatat existența unei formații de mărimea unei alune mari, dură, situată în plină glandă. Conturul și mobilitatea formației erau greu de apreciat. În rest, nici manifestări funcționale, nici alte semne locale sau generale. Explorarea axilei a arătat existența unor ganglioni mici, mobili, întru totul asemănători cu cei din partea opusă. Examenele de laborator erau în limite normale, radioscopia pulmonară normală și ea. În epoca aceea nu se practicau radiografia mamară și nici alte metode de investigație paraclinică. În fine, explorarea celuilalt sîn nu a arătat nimic anormal.

Situația în care mă aflam era delicată, deoarece nu dispuneam de elemente suficiente pentru un diagnostic de certitudine. Impresia clinică era însă de malignitate. În asemenea situații, acum peste 45 de ani, se proceda în modul următor: se practica o ablație sectorială largă și, după îndepărtarea tumorii, se efectua secțiunea ei. Dacă era vorba de o leziune benignă se închidea plaga. În caz că examenul macroscopic indica malignitatea se schimbau mănușile și se practica operația Halsted. Personal, de-a lungul anilor, am rămas un adept fidel al acestei intervenții, a cărei tehnică a rămas aceeași, așa cum a preconizat-o autorul ei încă de la sfîrșitul secolului trecut. Marele șef de școală — considerat ca cel mai mare șef de școală din toate timpurile — și promotorul unei noi metodici operatorii, bazată pe hemostază îngrijită și evitarea traumatismului nervos, a rămas, pentru cei mulți, în istorie grație operației de amputație a mamelei pentru cancer. Practicată corect, cu toată grija pe care o necesită disecția pachetului vasculo-nervos, și urmată de îndepărtarea ganglionilor și a întregului țesut adipos al axilei, ea continuă să ofere și astăzi cele mai sigure șanse de vindecare în cazurile incipiente.

După terminarea examenului a urmat o lungă discuție cu bolnava. A acceptat în final operația, dar a cerut să i se practice o incizie estetică. Din păcate, leziunea era situată în cadranul supero-intern al sînului și nu se putea face nici o incizie periareolară, nici una submamară, mai ales că trebuia practicată o extirpare sectorială mai largă. Bolnava a acceptat o incizie radiară, dar cînd i s-a spus că s-ar putea să fie nevoie, cu titlu preventiv și numai în caz că ar exista semne pledînd pentru o viitoare transformare malignă, să se practice ablația întregului sîn a refuzat categoric.

Intervenția s-a desfășurat cît se poate de simplu, după care s-a suturat plaga. La secțiunea tumorii a devenit evident că este vorba de un neoplasm. Examenul histologic a confirmat diagnosticul și s-a pus problema operației Halsted. Cum știam că bolnava nu acceptă această idee am cerut familiei să o convingă, dar bolnava refuza cu încăpățînare. A mărturisit că preferă să se arunce pe fereastră decît să se supună operației. Atitudinea ei era de înțeles. Ajunsă la vîrsta de 42 de ani și-a văzut împlinită o dorință la care aspira de atîta timp: se logodise cu o persoană cu douăzeci de ani mai mare, este adevărat, dar scăpase de ideea, care o persecuta, de a rămîne fată bătrînă. Eu însă continuam să pledez pentru operație, în speranța că nu va fi un motiv de renunțare la viitoarea căsătorie. Aveam atîta încredere în operație și mă tulbura prognosticul unui cancer de mamelă tratat printr-o operație limitată. Am manifestat mari rezerve cu privire la viitor, față de familie bineînțeles, dar fără rezultat.

Au trecut trei ani, apoi cinci ani, fără să se producă nimic care să fi justificat temerile inițiale. Se considera în acea vreme că, după o evoluție de cinci ani, cazul putea fi considerat vindecat. Am ajuns să pun la îndoială diagnosticul, cu atît mai mult cu cît examenul histologic fusese practicat într-un laborator particular, de către o persoană a cărei competență putea fi pusă la îndoială.

După zece ani, bolnava a plecat din Timișoara, dar am păstrat legătura cu familia. Între timp, soțul a decedat. În ce privește bolnava, spre surpriza mea, am aflat că a decedat și ea, la douăzeci de ani de la intervenție, prezentînd metastaze pulmonare și o generalizare carcinomatoasă avînd ca punct de plecare un carcinom mamar, fără ca la cei doi sîni să existe vreo leziune.

A fost o observație cu momente tulburătoare și cu elemente de prognostic greu de prevăzut.

Cea de-a doua observație îi aparține lui Dieulafoy și a fost publicată în 1898. Marele clinician a prezentat această observație într-una din celebrele sale lecții clinice, urmărind să scoată în evidență evoluția, uneori înșelătoare, în cursul unei apendicite acute. Am menționat deja această observație, revin însă asupra ei cu mai multe detalii.

Într-o zi de joi seara, Dieulafoy a fost rugat să examineze o tînără femeie, însărcinată în luna a cincea, care prezenta dureri abdominale, însoțite de vărsături. Totul pleda pentru un avort iminent. Dieulafoy a găsit că durerea la palpare era localizată la punctul Mac Burney, că exista apărare musculară și hiperestezie cutanată. Erau cele trei semne ale triadei Dieulafoy, așa cum este menționată ca și astăzi în manualele de chirurgie. Aceste semne l-au determinat să pună diagnosticul de apendicită acută. A fost totuși chemat în consult și Pinard, celebrul obstetrician, care a confirmat diagnosticul și, împreună, au luat hotărîrea să revadă bolnava a doua zi dimineața. Iată, în continuare, un fragment de text din foaia de observație originală:

„A doua zi dimineața, vineri, am constatat că boala a făcut progrese. Noaptea a fost rea, durerile foarte vii, vărsăturile au continuat, iar temperatura s-a menținut ridicată, la 39. Am considerat, d-l Pinard și cu mine, că sîntem în fața unei apendicite acute, o formă gravă, și ne-am decis pentru intervenția chirurgicală, deși bolnava era însărcinată. La amiază a venit să o vadă și d-l Bouilly, care s-a declarat de acord cu noi. A diagnosticat și el o apendicită deosebit de severă: abdomenul era destins, apărarea musculară generalizată, peritonita iminentă, dacă nu declarată chiar. Ne-am decis ca operația să aibă loc în aceeași după-amiază, la orele patru și d-l Bouilly a preluat această sarcină".

„Cînd am revenit la orele patru fără un sfert, împreună cu d-l Pinard, familia pe care am lăsat-o tristă și îngrijorată cu cîteva ore înainte, ne-a primit acum cu manifestări de bucurie, pe care nu încerca să le ascundă. Cu toții erau surîzători: « Bolnava merge mai bine; ni s-a spus, a avut un scaun normal, durerile au dispărut în mare parte, vărsăturile au încetat și temperatura a scăzut de la 39 la 37,4° » Familia parcă voia să spună: « În această situație sperăm că nu mai este cazul să fie operată. » Totul era însă pregătit pentru operație, internul d-lui Bouilly era cu flaconul de cloroform în mînă, iar operatorul aștepta numai bolnava".

Dieulafoy mărturisește că au fost surprinși de această primire și, cel puțin un pic, descumpăniți. Să fi greșit diagnosticul? Să fi propus în mod pripit o operație care se arăta inutilă? Și, spune mai departe:

„Iată momente dificile în nobila noastră profesiune. A lua asemenea decizii grave, a ne asuma întreaga răspundere, iată o misiune care nu ne permite să ne eschivăm atunci cînd conștiința ne ordonă să decidem. Ne-am dus și am examinat din nou tînăra femeie, am rămas la același diagnostic și ne-am menținut verdictul, pe care familia l-a acceptat fără nici o împotrivire".

În descrierea care a urmat, Dieulafoy arată că ceea ce au prevăzut s-a confirmat. A fost vorba de o apendicită gangrenoasă, cu reacție peritoneală generalizată. Intervenția a decurs simplu și bolnava s-a vindecat fără ca vreun incident să tulbure evoluția postoperatorie. Leziunile constatate la operație au fost însă impresionante.

Dificultățile de a prevedea evoluția în cazul apendicitei acute, deci de a formula un prognostic precis, l-au determinat pe Dieulafoy, care era internist, să militeze pentru operație cu scopul de a evita riscurile unor complicații, care puteau surveni în orice moment. El s-a ridicat împotriva celor care preconizau, din principiu, operația de apendicită numai la rece și împotriva celor care pledau pentru așa-zisa expectativă armată: *„Ce vrea să zică această « Expectativă armată? » Pe ce indicații vă puteți baza, și, vă întreb eu, care sînt indicațiile care să vă permită a preciza momentul cînd operația se impune? Nimeni nu vă poate oferi indicații clare asupra acestui subiect. Într-adevăr, uneori, în momentul cînd apendicita își varsă tot veninul, survine o acalmie trecătoare, care derutează toate previziunile noastre. Pentru că uneori, în timp ce așteptăm atît de liniștiți răcirea, survine catastrofa [...]"*

Cea de-a treia observație constituie o reminiscență din anii care au precedat cel de al doilea război mondial, cînd îmi făceam stagiul de intern

în clinica profesorului Leriche, din Strasbourg, Franța. Am reținut acest caz pentru ineditul lui. Este, de altfel, singurul caz de acest gen întîlnit în întreaga carieră.

Un bolnav, în jur de 70 de ani, a fost internat în secția de ortopedie a clinicii cu o fractură cervico-trohanteriană a femurului stîng. Fractura era fără deplasare și, în vremea aceea, cazurile asemănătoare erau imobilizate pe o atelă Braun, sub extensie continuă, cu tracțiune ușoară. Extensia a fost realizată în acest caz cu ajutorul unei broșe Kirschner trecute prin tuberozitatea anterioară a tibiei, coapsa fiind așezată pe porțiunea oblică a atelei, iar gamba pe porțiunea orizontală superioară, cu piciorul fixat în unghi drept. Cum piciorul era descoperit, a fost învelit cu un strat gros de vată și fixat cu o fașă. Prognosticul făcut a fost bun, sub rezerva unei eventuale complicații pulmonare, atît de frecvente la persoanele în vîrstă.

Totul a mers bine în primele zile, doar starea biologică a bolnavului lăsa de dorit, fără ca examenele de laborator să fi arătat deficiențe demne de reținut. După cîteva zile, starea generală a început să se altereze, iar reacțiile bolnavului au devenit mai leneșe. La una din vizite, Leriche a cerut să i se desfacă pansamentul de pe picior și s-a constatat atunci că toată partea anterioară a acestuia era în stare de gangrenă. S-a pus problema amputației, dar la ce nivel să fie practicată? La arteritici, mai ales la cei în vîrstă, se practică obișnuit amputații joase de coapsă. O amputație de coapsă la un bolnav prezentînd o fractură sus situată a femurului nu era o soluție satisfăcătoare decît practicată în treimea superioară a coapsei, cu probleme ulterioare de protezare. Starea generală a bolnavului s-a alterat rapid, în așa măsură că nu a mai fost nevoie de amputație. La autopsie, arterele membrului erau permeabile, dar transformate în tuburi cu pereții groși, calcificați, iar lumenul vascular mult redus. Ridicarea extremității deasupra orizontalei, rigiditatea și reducerea calibrului vascular, și, cu deosebire, acțiunea gravitației, au diminuat aportul de sînge arterial la extremitatea membrului, într-atît încît s-a produs gangrena. În acest fel, prognosticul inițial, relativ favorabil, a fost total desmințit.

Ultima observație din cele destinate să anticipeze considerațiile ce vor urma în legătură cu incertitudinile prognosticului se referă la un caz unde evoluția postoperatorie a infirmat previziunile făcute înaintea intervenției. Este un caz care a afectat profund operatorul, surprins de deznodămîntul la care nu se aștepta.

Un medic în vîrstă de 46 de ani s-a internat în clinică pentru un ulcer calos al micii curburi gastrice, suspect de malignizare. Bolnavul era suferind de mai mulți ani, dar durerile, periodice la început, deveniseră continue, fiind atribuite penetrației ulcerului în pancreas. La examenul radiologic, imaginea nu s-a modificat deloc în urma tratamentului medicamentos aplicat. Bolnavul s-a decis greu pentru operație, și nu constrîns de dureri sau speriat de anvergura intervenției, ci din cauza suspiciunii de malignizare. La un interogator mai atent a reieșit că ezitările lui se datorau în realitate faptului că cu 15 ani înainte, după o apendicetomie, a prezentat o tromboflebită a membrului inferior, urmată de embolie pulmonară gravă. Această idee a emboliei îl persecuta și, la internare, a adus cu el mai multe flacoane de haparină, care încă nu intrase în uzul curent al clinicii.

Intervenția a avut loc în ziua de 26 noiembrie 1949 și a decurs în cele mai bune condiții. Chirurgul, nu altul decît șeful clinicii, avea o mare experiență în chirurgia gastrică și a practicat, cu eleganță și rapiditate, o rezecție largă de tip Reichel – Polya. Urmările imediate au fost simple. La cererea bolnavului se practica zilnic timpul de protrombină, dar acesta s-a menținut în limite normale. În dimineața celei de a patra zi după operație, bolnavul era neliniștit. La vizită spunea că nu se simte bine, dar nu manifesta nici o altă acuză. Chirurgul l-a liniștit, afirmîndu-i că, în decursul unei practici îndelungate, nu i s-a întîmplat niciodată ca o operație pe stomac să se complice cu tromboză venoasă sau embolie pulmonară. După-amiază, bolnavul era și mai agitat. Avea senzația unui pericol iminent. Către seară a prezentat o embolie pulmonară masivă și a sucombat în cîteva minute. Nu i s-a făcut autopsia.

Din observațiile redate mai sus reiese faptul că există o serie de factori de care medicul trebuie să țină seama cînd stabilește prognosticul. Unii dintre acești factori sînt interni, legați de natura sau de evoluția naturală a bolii în cauză. Alții sînt externi și nu au o legătură directă cu cazul

supus prognosticului. În fine, există grupul factorilor întîmplători, unde adeseori este greu de stabilit dacă au sau nu o legătură nemijlocită cu procesul patologic în curs de examinare.

În primul rînd, medicul trebuie să aibă în vedere natura bolii în fața căreia se află. Nu se poate face un prognostic exact în cazul unei afecțiuni a cărei cauză nu se cunoaște sau a cărei evoluție naturală prezintă mari variații. În această situație se află medicul în fața cancerului, cînd prognosticul cere să i se acorde o atenție cu totul deosebită. Sînt cancere a căror gravitate diferă mult în funcție de localizare, în cadrul aceluiași aparat sau sistem. Gravitatea cancerului de stomac, de exemplu, este mult mai mare decît a cancerului de colon sau rect. În primul caz, intervenția este mai simplă, mai bine reglată, și chirurgii o practică cu mai mare plăcere, mai ales cei tineri, dar rezultatele sînt uneori dezolante, chiar și în unele cazuri incipiente. Neoplasmele de colon sînt mai greu de operat, necesită multă experiență, dar rezultatele, în ansamblu, sînt mult mai bune. Uneori, chirurgul este surprins de vindecările de durată obținute în cazuri avansate, necesitînd exereze de mare anvergură. În alte cazuri, gravitatea diferă foarte mult în funcție de vîrstă. Cancerul de mamelă este mult mai grav la tinere decît la persoane în etate, la aceeași formă de boală. Dar natura bolii poate să difere la același organ ca formă clinică de manifestare. O mastită carcinomatoasă ucide în cîteva luni, în timp ce schirul, în afara oricărei intervenții, poate permite supraviețuiri de ani de zile. Îmi amintesc de cazul unei bolnave care prezenta un schir atrofic al sînului, dar care a refuzat operația. Nu am forțat indicația din cauza vîrstei, de peste 70 de ani. Am urmărit-o timp de opt ani, cînd a decedat de pe urma unei hemoragii cerebrale. În fine, sînt organe unde localizarea cancerului nu mai lasă nici o speranță cu privire la supraviețuire, indiferent că se operează sau nu. Este cazul cancerului de veziculă biliară, unde gravitatea este maximă, mulți autori negînd posibilitatea obținerii vindecării, indiferent de tratamentul aplicat.

În fața cancerului, medicul trebuie să manifeste o prudență extremă cînd este vorba de prognostic, aceasta nu numai din cauza variatelor forme de boală și a gravității, care diferă atît de mult de la o formă la alta, ci și din cauza evoluției bolii, care nu poate fi niciodată prevăzută cu certitudine. În prima observație, generalizarea s-a produs la douăzeci de ani de la intervenție, cînd existau toate temeiurile să se considere bolnava ca vindecată definitiv. Și, nu a fost așa! Forgue menționează o bolnavă care a prezentat, la nouăsprezece ani după o amputație de sîn pentru cancer, o voluminoasă metastază ganglionară abdominală, verificată prin laparotomie, fără ca să fi manifestat pînă atunci nici cea mai mică acuză patologică. Recidivele canceroase postoperatorii la intervale îndelungate de timp sînt bine cunoscute și orice oncolog poate aduce exemple personale. Interpretarea acestor cazuri este uneori foarte delicată. O dovadă o constituie un caz personal, privind o bolnavă care a prezentat o recidivă la nivelul cicatricii postoperatorii la cincisprezece ani de la operația Halsted. Cazul a fost comunicat tocmai din cauza problemelor de interpretare. În cursul operației, după efectuarea amputației sînului și a evidării axilei, se spală larg plaga cu ser fiziologic cald pentru a îndepărta eventualele celule neoplazice rămase în urma disecției. Este oare de presupus că o celulă canceroasă așteaptă ani de zile înainte de a începe să se înmulțească? Sau, poate, este vorba de un agent de tip viral care se menține în stare de latență și care își reia activitatea în urma intervenției unor factori favorizanți, interni sau externi? Greu de spus!

Dar nu numai cancerul prezintă o evoluție postoperatorie greu de prevăzut sau o evoluție naturală inconstantă, în afara oricărei intervenții chirurgicale. Și în alte boli pot apărea manifestări simptomatice funcționale sau fizice, de natură să inducă în eroare. În observația lui Dieulafoy, accentul este pus pe „acalmiile trădătoare" în apendicita acută și acesta este chiar titlul lecției publicate în volum. Mai ales semnele funcționale pot induce în eroare. Bolnavul se simte mai bine, durerile cedează, în timp ce starea generală se alterează, apar semne de toxemie și prognosticul se agravează, lucru pe care un chirurg cu experiență îl sesizează, dar care poate scăpa unui proaspăt absolvent. Și semnele generale pot înșela, ca temperatura ce scade nemotivat. Chiar și unele semne fizice se pot reduce, în ciuda agravării stării generale. Asemenea situații se întîlnesc uneori în abdomenele acute, în apendicite sau perforații gastrice. Cînd se instalează peritonita, durerile se atenuează, apărarea musculară se reduce, dar apar alte semne care traduc agravarea și chirurgul nu trebuie să se lase amăgit, cum i se întîmplă bolnavului sau familiei.

Evoluția naturală a unei boli poate fi perturbată și de factori externi, din afara bolii, de care chirurgul trebuie să țină de asemenea cont, deoarece pot modifica prognosticul. Gangrena piciorului, redată în cea de a treia observație, nu are nici o legătură cu boala pentru care era tratat bolnavul. Prognosticul inițial fusese favorabil, sub rezerva unei eventuale complicații pulmonare. Nimeni nu s-a gîndit în acest caz la producerea unei necroze, cu aspect de gangrenă umedă, care a determinat decesul bolnavului. Factori externi de natură să influențeze prognosticul pot fi și unele medicații susceptibile să producă efecte iatrogene. Medicația anticoagulantă poate provoca hematoame și hemoragii dintre cele mai grave. Chiar și medicația antibiotică poate determina accidente alergice, foarte greu de combătut. O simplă injecție de penicilină poate provoca un șoc anafilactic mortal. Or, toate aceste accidente posibile, dar greu de prevăzut, nu au o legătură directă cu boala în cauză. Răspunderea medicului este angajată în asemenea situații, dar nu în măsura în care factorul determinant este consecutiv unei erori medicale, cum ar fi administrarea unui purgativ în cazul unei apendicite la un copil sau o injecție de morfină într-un abdomen acut. Însăși intervenția chirurgicală este un factor extern, care subsumează numeroși factori secundari, întîmplători și cu totul imprevizibili, care pot modifica prognosticul. Dar această problemă merită a fi considerată ceva mai detailat.

Intervenția operatorie este destinată să ducă la vindecare sau ameliorare, să modifice deci evoluția procesului patologic. În mod obișnuit, dacă indicația operatorie este justă și sînt asigurate condițiile pe care le cere buna desfășurare a intervenției, vindecarea se obține în mod necesar, grație proceselor biofiziologice care se petrec în organismul bolnavului. Să luăm un exemplu simplu, o operație de hernie. În caz că nu există contraindicații operatorii, respectîndu-se tehnica, în condițiile uzuale de asepsie, se obține vindecarea fără să se ridice probleme deosebite. Dar și într-un asemenea caz, de intervenție considerată din cele mai benigne, pot surveni un hematom sau infecția plăgii operatorii, care pot prelungi durata vindecării și favoriza recidiva. Acestea sînt însă evenimente întîmplătoare, care pot, sau nu, să survină. Teoretic, este posibil și ca bolnavul să facă o tromboflebită, un infarct cardiac sau o hemoragie cerebrală, în ciuda explorărilor preoperatorii în limite normale. Unele dintre aceste evenimente întîmplătoare pot fi prevăzute, altele nu. În cazul unei intervenții pentru hernie strangulată, necesitînd o rezecție de intestin, mai ales la un obez, se poate anticipa ca posibilă producerea infecției postoperatorii. Riscurile elementu-

lui întîmplător sînt cu atît mai mari cu cît intervenţia este de mai mare anvergură. După o intervenţie pentru neoplasm de colon se creează condiţii care fac posibile tot felul de complicaţii, îndeosebi producerea de procese supurative locale sau septicemie, dezuniri de suturi, urmate de fistule, abcese localizate, peritonite generalizate chiar. Se pot produce şi fenomene de tip ocluziv, eviscerații, tromboflebite, la rîndul lor complicate de embolii pulmonare. Hotărîrea de a se interveni chirurgical se ia după un studiu atent al situaţiei şi după o apreciere riguroasă a şanselor de reuşită. Vindecarea apare ca direcţie principală în desfăşurarea evoluţiei postoperatorii, dar ea îşi croieşte drum printr-o mulţime de întîmplări, de cele mai multe ori în afara naturii procesului patologic. Supuraţia este cauzată de condiţiile locale create de operaţie şi de intervenţia agenţilor microbieni, şi nu de natura canceroasă a bolii. Şi în cazul unui neoplasm de colon infectat, agentul microbian este tot în raporturi numai de contingenţă cu procesul patologic propriu-zis. Infecţia apare nu numai ca posibilă, ci este şi previzibilă cînd plaga operatorie a fost contaminată cu conţinut intestinal sau a fost realizată o anastomoză sub tensiune, cu riscuri mai mari de dezunire. Cele mai de temut sînt însă evenimentele întîmplătoare posibile, dar greu de prevăzut, astfel că nu se iau întotdeauna măsuri în vederea preîntîmpinării lor. Un loc de frunte în cadrul acestui grup de complicaţii îl ocupă tromboflebita, manifestă sau nu, întotdeauna însă sursă posibilă de embolie pulmonară mortală.

În ultima observaţie, dată cu titlu de exemplificare, s-a produs o embolie pulmonară mortală, fără ca tromboflebita să se fi manifestat clinic, în mod vizibil, şi fără ca timpul de protrombină să fi avertizat asupra acestei complicaţii posibile. Este adevărat că bolnavul a devenit neliniştit şi că în seara acelei zile a fost foarte agitat. Neliniştea constituie un semn clinic valoros, întrucît are la bază mici embolii pulmonare, astfel că neliniştea cedează după ligatură venoasă (L. Léger). Decesul a survenit însă înainte ca să se fi instituit tratamentul corespunzător. Acesta este cazul flebotrombozelor, cînd embolul se detaşează înainte de a se fi fixat la peretele vasului şi de a fi determinat apariţia semnelor clinice.

Embolia pulmonară reprezintă o dramă de cele mai multe ori neaşteptată — *„le point noir de la chirurgie abdomino-pelvienne"*, spune Forgue. Acest autor aduce cîteva exemple impresionante, dintre care redăm cîteva în cele ce urmează.

O bolnavă operată de chist de ovar se pregătea să plece acasă. Soţul cerea ca să i se prelungească internarea, din dorinţa de a-i oferi în ziua următoare o bijuterie. Dar cînd a venit să o ia a doua zi dimineaţa, soţia era moartă, răpusă de o embolie pulmonară.

O altă bolnavă, nefrectomizată, era fericită că poate pleca acasă, unde o aşteptau copiii cu braţele încărcate de flori. Ea a intrat în ascensor după ce şi-a luat rămas bun de la cei care au îngrijit-o, dar a căzut şi a sucombat pe loc.

În fine, o altă bolnavă, operată de fibrom uterin, era vindecată şi, înainte de plecarea din spital, i-a scris unei surori, fericită că se întoarce acasă, în mijlocul familiei. După ce a închis scrisoarea s-a ridicat de la masă, dar s-a prăbuşit, spune Forgue, şi au găsit-o pe patul ei, două minute după aceea, asfixiindu-se, făcînd eforturi inutile de a primi aer, cu pulsul dispărut.

Cazuri cu evoluţii asemănătoare au fost publicate de numeroşi autori. Noi înşine am pierdut bolnave în acest mod sau am asistat la drame ale colegilor noştri, mai mici sau mai mari, care, toate, ne-au afectat profund. Este şi cazul operatorului din observaţia noastră, care nu a mai pus mîna pe bisturiu timp de cîteva zile pînă şi-a revenit din emoţia încercată.

Fenomenele întîmplătoare, susceptibile să se producă în cursul unei intervenţii sau în decursul postoperator au întotdeauna o cauză şi comportă consecinţe de importanţă variabilă. Cauza este exterioară procesului morbid,

ca și consecința. Aceasta din urmă poate fi însă și legată direct de esența bolii. Leziunea unei artere în timpul operației determină o hemoragie, care duce la o stare de anemie acută sau chiar la moarte dacă este vorba de un vas mare și nu se face imediat hemostaza. Nici leziunea vasculară, nici hemoragia consecutivă nu au nimic comun cu natura bolii. În schimb, ruptura intraoperatorie a unui chist hidatic hepatic poate duce la apariția unui șoc anafilactic grav și la o hidatidoză peritoneală secundară. De asemenea, ruptura unui abces localizat în cursul unei apendicite acute poate fi cauza unei peritonite generalizate. În aceste cazuri, efectul fenomenului întîmplător este legat nemijlocit de natura procesului patologic. La toate acestea trebuie să se gîndească chirurgul, deoarece producerea lor poate modifica complet un prognostic, altfel favorabil. De aceea, spre exemplu, el nu va ataca niciodată un anevrism al vaselor iliace sau al aortei abdominale înainte de a fi pregătit hemostaza preventivă, destinată să-i poată permite să facă față unei eventuale rupturi, iar în cazul unui chist hidatic abdominal sau într-o operație pentru un abces localizat intraperitoneal va izola bine regiunea operatorie cu comprese și cîmpuri de protecție. Atenția chirurgului trebuie să fie mereu trează și, în unele cazuri de abdomen acut, traumatic sau nu, unde există posibilitatea să se producă o hemoragie secundară prin ruptura unui hematom subcapsular al splinei sau o necroză intestinală după o leziune traumatică a mezenterului, cu însămînțare septică masivă a peritoneului, el va fi pregătit să intervină fără întîrziere.

Problema prognosticului medical poate fi privită și de pe alte poziții. Pentru o apreciere mai exactă a situației actuale se poate face o evaluare a evoluției prognosticului de-a lungul anilor. Pe de altă parte, pot fi aduse în discuție relațiile noțiunii de prognostic medical cu noțiunile de predicție, previziune și prognoză, cu care prezintă note comune, dar fără a se identifica pe deplin sub aspectul conținutului.

Medicul a căutat, în toate timpurile și din sentimente pur umane, să liniștească bolnavul cu privire la gravitatea suferinței, dar, ca medic, nu era în măsură să se pronunțe asupra unor îmbolnăviri a căror natură nu o cunoștea. Se făceau totuși previziuni, dar acestea erau pur empirice, bazate numai și numai pe experiență, și se limitau la leziunile externe, în timp ce în cazul afecțiunilor interne era vorba doar de aserțiuni pe baze cu totul neraționale, mai mult cu caracter de profeții. Ignoranța și incapacitatea obligau vraciul să recurgă la descîntece, vrăjitorii și practici mistice. Era cel mai simplu mijloc de a-și degaja răspunderea cînd i se cerea să facă operă de anticipare. Hipocrat a pus prognosticul pe baze raționale și el este acela care i-a asigurat și un fundament teoretic. Autorii greco-romani au identificat numeroase semne clinice destinate să permită aprecierea gravității, ca, apoi, să se preocupe de identificarea bolilor, ceea ce a dus, așa cum am văzut, la diagnosticul medical. Grație diagnosticului, prognosticul a căpătat o bază mai solidă și, paralel cu progresele înregistrate în domeniul identificării bolilor, s-au dezvoltat și posibilitățile de previziune. Diagnosticele complexe și tot mai precise din zilele noastre au drept corolar posibilitatea de a formula prognostice mai exacte și mai complete. Este posibil în aceste condiții să se asimileze prognosticul medical cu predicția științifică? La această întrebare nu se poate răspunde decît negativ, în ciuda marilor progrese realizate în cunoașterea medicală.

Predicția științifică aparține unor domenii unde previziunea se bazează pe legi exact formulate, fundamentate pe judecăți cu valabilitate universală și pe raționamente de certitudine. În științele exacte, ca urmare a

cunoașterii precise privind desfășurarea evenimentelor, în condițiile de dezvoltare care se mențin identice, predicția capătă un caracter de certitudine și se obține printr-o operație comparabilă cu calculul matematic. În medicină, situația este alta și se relevă din nou punctele ei slabe, semnalate cu prilejul discuției asupra modalităților de evaluare a diagnosticului.

Astăzi, în limbajul științific modern, termenul de predicție se folosește într-un sens restrîns, de predicție științifică, aplicabil în domenii mai limitate de activitate umană. În înțeles mai larg, termenul de predicție este considerat ca sinonim cu cel de previziune, aplicabil domeniilor unde nu se pot formula legi cu exactitate matematică și unde condițiile de desfășurare nu au un caracter staționar și nici nu sînt identice sub aspect evolutiv. Acesta este și cazul medicinii, unde se operează mai mult cu probabilități, iar desfășurarea este adeseori perturbată de evenimente întîmplătoare.

Dar, atît predicția, cît și previziunea au un caracter „pasiv", se limitează la evaluarea anticipativă a desfășurării evenimentelor, în timp ce prognoza, ca disciplină științifică, are un caracter „activ", studiază nu numai evoluția, ci merge mai departe și intervine direct în dinamica dezvoltării. Sub acest aspect, prognosticul medical se apropie de prognoză. Medicul nu face numai operă de evaluare anticipativă, ci caută și să asigure condiții normale desfășurării evenimentelor, să prevină și să ia măsuri care să-i permită să combată producerea elementului întîmplător. Astfel, prognosticul se îmbogățește și cu însușiri de ordin constructiv, care îl potențează sub aspect valoric.

Astăzi, prognosticul nu se mai reduce la un simplu enunț, formulat verbal sau materializat într-o frază sau o simplă propoziție. Ca modalități de exprimare, el constă într-o serie de răspunsuri la întrebările care îl frămîntă pe bolnav. Acesta este interesat de diagnostic, dar mai cu seamă de gravitatea și evoluția bolii și solicită tot timpul răspunsuri suplimentare. Apoi vin întrebările cu privire la operație, la riscurile pe care le comportă aceasta. Medicul se vede obligat să facă tot timpul afirmații referitoare la un viitor pe care nu îl întrevede decît mintal, fără să aibă un suport cognitiv, de natură să îi ofere certitudinea. De aici, posibilitățile de a greși. În literatură sînt menționate erori celebre de prognostic, bazate îndeosebi pe diagnostice eronate, de cele mai multe ori legate de cancer. Aici, medicul trebuie să dea dovadă de extremă prudență, pentru că eroarea poate însemna pierderea unei vieți. Or, în materie de prognostic, prudența este o virtute suverană, care se dezvoltă o dată cu experiența vieții și cu evoluția într-o profesiune în care aprecierile se bazează încă și pe probabilități și pe incertitudini.

Asupra prudenței în prognostic s-a insistat din toate timpurile, iar „părintele medicinii" a găsit de cuviință să stăruie și să revină asupra ei în mai multe rînduri. Este înțelepciunea omului încărunțit în lupta împotriva bolii, circumspect și prevăzător în tot ce face, pe deplin conștient de răspunderea ce îi revine în asistența, competentă și plină de generozitate, pe care o acordă semenilor săi în suferință.

5

ASPECTELE DE ORDIN GENERAL ALE INDICAȚIEI OPERATORII

Indicația operatorie ridică numeroase probleme, care, toate, interesează chirurgul. Cele mai importante sînt legate de natura bolii și de terenul pe care se grefează, adică de omul în suferință. Sub acest aspect, situațiile diferă mult una de alta. Sînt cazuri unde indicația operatorie nu ridică probleme deosebite. De exemplu, un lipom. Singurul tratament rațional îl constituie ablația chirurgicală. Bolnavul poate accepta sau nu această soluție terapeutică și chirurgul nu consideră necesar să insiste, întrucît leziunea nu îi aduce bolnavului decît un prejudiciu de ordin estetic. Personal, am participat la un consult lărgit, privind un șef de stat, referitor la starea sa de sănătate, mai mult cu caracter preventiv. Persoana supusă consultului prezenta de mai mulți ani un lipom voluminos al cefei dar nici un moment acesta nu a fost adus în discuție, fiind apreciat ca un epifenomen, fără o semnificație patologică deosebită, demnă de a fi luată în considerare. Erau alte probleme mai importante de clarificat. Doar pentru fotografii și operatorii de televiziune reprezenta o problemă, pentru ca înaltul personaj să apară în imagini fără a se vedea proeminența determinată de această leziune benignă.

În alte situații unde, de asemenea, singura rezolvare terapeutică o reprezintă intervenția operatorie, chirurgul caută să convingă bolnavul pentru operație. Este cazul unei hernii, unde evoluția bolii duce la agravarea leziunilor, de natură să îngreuieze ulterior intervenția, fără a mai vorbi de existența unor riscuri, mai mici sau mai mari, de încarcerare. Chirurgul propune intervenția, pledează în favoarea ei, dar fără să se forțeze să o impună.

Sînt apoi alte situații în care poziția chirurgului este mai delicată. În numeroase cazuri, clinicianul are de ales între mai multe alternative terapeutice. În cazul unui ulcer gastro-duodenal, tratamentul poate fi medical sau chirurgical. În alte cazuri pot intra în discuție tratamentul radiologic sau cel fizioterapic. Aici se pune problema alegerii metodei terapeutice și, de cele mai multe ori, hotărîrea se ia în cadrul unui consult. Dar sînt și situațiile unde chirurgul este singurul care decide. În cazul unui cancer de colon, starea locală poate necesita alegerea între o operație paleativă sau una curativă, iar în cazul acesteia din urmă se ridică problema modalităților de rezolvare: rezecție cu restabilirea continuității prin anastomoză

directă a celor două capete, cu anus de protecţie sau nu, rezecţie cu anus contra naturii definitiv, operaţie în mai multe etape etc. Aici îşi spun cuvîntul experienţa şi capacitatea intelectuală a chirurgului.

Dar toate aceste probleme, legate de natura procesului patologic, de structura biofiziologică a bolnavului, de stadiul îmbolnăvirii, sînt pe larg discutate în manualele şi tratatele de patologie. În capitolele rezervate diferitelor boli este de fiecare dată adusă în discuţie şi indicaţia terapeutică, care este dezbătută în raport direct cu problemele pe care le ridică. Nu se acordă însă decît o mică importanţă problemelor de ordin general, privind aspectele raţionale şi afective ale indicaţiei operatorii. Şi în acest domeniu se reliefează supleţea gîndirii ca modalitate de stabilire a indicaţiei, apoi de statornicire a relaţiilor cu bolnavul. Comportamentul chirurgului trebuie să fie determinat de o justă înţelegere a bolii şi a reacţiilor afective ale pacientului. Asupra acestor probleme de ordin general, cu o arie de cuprindere mai largă decît cele referitoare la o anumită boală, vom insista în cele ce urmează, punînd în final accentul pe reacţia psihologică a bolnavului, peste care se trece în general cu prea multă uşurinţă.

Indicaţia operatorie, date fiind condiţiile de incertitudine în care se stabileşte de cele mai multe ori, poate fi consemnată ca o decizie, în înţelesul ştiinţific al acestui termen. Atunci însă cînd situaţia este bine cunoscută, iar efectele pot fi prevăzute, nu se pune problema alegerii şi nu este vorba de o decizie propriu-zisă. Cînd însă anticiparea cu certitudine a evoluţiei nu se poate face, cînd este vorba de o alegere bazată pe supoziţii, atunci hotărîrea luată devine un act decizional.

Decizia, în înţelesul mai larg al acestui termen, ca acţiune în condiţii de certitudine, se întîlneşte relativ rar în medicină. Aceasta necesită cunoaşterea exactă a naturii procesului patologic şi a desfăşurării lui, astfel ca rezultatul să poată fi anticipat cu siguranţă, ca urmare a evoluţiei naturale a situaţiei. O luxaţie scapulo-humerală precis diagnosticată, corect redusă, se va vindeca în condiţii care pot fi prevăzute ca satisfăcătoare. În acest caz, indicaţia de reducere a luxaţiei nu ia caracterul unei decizii, ci apare ca o etapă ce se înscrie în mod firesc în conduita terapeutică a leziunii. În cazul unei fracturi de femur, unde tratamentul poate consta în simplă imobilizare ghipsată, în extensiune continuă sau în osteosinteză, medicul trebuie să aleagă. În acest caz, hotărîrea luată devine un act decizional, a cărui valoare, conform teoriei deciziei, este în funcţie de produsul dintre utilitatea şi probabilitatea de succes pentru individ. Aceasta înseamnă că este necesară o evaluare precisă a tuturor posibilităţilor terapeutice, ca modalităţi de acţiune şi riscuri inerente, ca efecte previzibile sub aspectul utilităţii în cazul dat şi ca estimare a probabilităţilor de reuşită. Aici, decizia se ia în condiţii de incertitudine, ceea ce comportă întotdeauna asumarea unor riscuri. Sub acest aspect, decizia poate fi considerată *prudentă*, cînd probabilitatea succesului este superioară lui 0,5, *hazardată* cînd succesul şi eşecul apar ca echiprobabile şi *riscantă*, cînd probabilitatea succesului este inferioară lui 0,5.

O problemă interesantă privind teoria indicaţiei operatorii se referă la caracterul relaţiei subiect — situaţie. În acest caz se distinge poziţia de inferioritate sau de superioritate a chirurgului faţă de situaţia în care se află. În faţa unui caz deosebit de complex, mai rar întîlnit, un chirurg poate considera că posibilităţile lui de acţiune sînt inferioare pentru a învinge dificultăţile pe care le întrevede şi renunţă să intervină. Este o situaţie de inferioritate, acceptabilă cînd se bazează pe raţiune, de neaccep-

tat cînd frizează lașitatea, de condamnat cînd chirurgul se retrage din cursul unei operații pretextînd, în mod fals, inoperabilitatea leziunilor. De cele mai multe ori însă, datorită pregătirii și experienței, chirurgul se află în stare de superioritate, plin de încredere în forțele proprii, convins că dificultățile pot fi învinse. În situațiile mai grele, el poate da dovadă de îndrăzneală și curaj. Sînt două atitudini care trebuie diferențiate una de alta. Și îndrăzneala și curajul comportă acceptarea acțiunii, dar substratul lor diferă. În primul caz se intervine fără a se cunoaște situația și fără conștiința riscurilor, mai mult din instinct. În cazul curajului, situația se cunoaște și riscurile sînt acceptate în mod conștient. Este deci vorba de un act rațional.

Asupra problemei riscurilor și a curajului s-a oprit, cu o profundă înțelegere a lucrurilor, A. G. Weiss, în discursul pe care l-a ținut ca președinte al Congresului francez de chirurgie din 1965. El s-a referit mai mult la deciziile chirurgului în sala de operație, dar observațiile sale sînt valabile și pentru indicația operatorie. După el *„în chirurgia de zi de zi nu este cazul să se vorbească de curaj. Chirurgia nu mai este cea de altă dată, iar în sala de operație se lucrează în liniște și calm. Își spun cuvîntul pregătirea, experiența, abilitatea. Și nu curajul, cum își închipuie cei care sînt străini de chirurgie și își făuresc o imagine dramatică și sîngeroasă" Dar și în cazurile obișnuite sînt posibile accidente, care cer multă atenție și reflexe prompte din partea chirurgului pentru a nu fi surprins de evenimente"*. Iată ce spune mai departe Weiss în perorația sa, din care merită să cităm un pasaj mai lung: *„Situația este cu totul alta, cînd în cursul unei intervenții chirurgicale operatorul este pus în fața unei grave opțiuni. Pentru el se pune eterna dilemă între posibil și imposibil, între operabil și inoperabil. Atunci, într-adevăr, curajul său este pus la încercare, pentru că în sufletul și conștiința sa el trebuie să țină seama de o multitudine de factori, să cîntărească șansele de reușită și riscurile, să aprecieze partea de rațional și de temerar, să aprecieze beneficiul pe care bolnavul îl poate trage dintr-un act de curaj, să țină seama de limitele propriilor sale mijloace, ferindu-se de orice improvizație periculoasă. În esență, el trebuie să decidă".*

„Fără îndoială este ușor să bați în retragere și să găsești justificare în faptul că, uneori, îți trebuie mai mult curaj să renunți decît să persiști într-o acțiune de orgoliu. Și este, de asemenea, tentant să te limitezi la un gest paleativ care, cu un risc mai mic, poate asigura bolnavului o ameliorare tranzitorie și îi va prelungi viața în mod efemer. Astfel răspunderea chirurgului poate fi acoperită față de cei care i-au acordat încredere".

„Datoria lui merge totuși mai departe decît împăcarea cu propria sa conștiință. Ea îl obligă să facă abstracție de la consecințele pe care acțiunea sa le poate avea asupra opiniei altora. Îi amintește că ușurința este corupperea tuturor virtuților. Atunci adevăratul curaj îl incită **să se depășească, în limitele înțelepciunii** *și să întreprindă, în toate circumstanțele,* **maximul rațional.** *Pentru chirurg, singurul stăpîn la bord, se pune problema să stabilească în cîteva secunde de reflecție, acest maxim rațional. Acolo, evident, coeficientul personal, temperamentul, experiența, trag greu în balanță, cu atît mai mult cu cît, o dată primul pas făcut, îi va fi imposibil să revină înapoi. Orice s-ar întîmpla, el va trebui să meargă pînă la capăt".*

„Dificultatea alegerii crește în urma faptului că chirurgul se simte observat și judecat. Nu mă gîndesc nici la opinia bolnavului, nici la cea a aparținătorilor [...] Mă gîndesc, din contră, la reacțiile colaboratorilor, care sînt deja oameni cu experiență și posedă libertatea de a judeca [...] Dacă chirurgul se

6 — c. 178

lasă descumpănit de o greutate neașteptată, dacă nu acceptă un risc bine calculat, care ar putea salva o viață, el va fi pe drept acuzat de **slăbiciune sau chiar de incapacitate**".

„Dacă, din contră, își asumă o sarcină care îl depășește, a cărei desfășurare și ale cărei consecințe nu le poate controla, va fi calificat de **temerar sau inconștient**. *Absența fricii nu înseamnează curaj. Ea poate naște din ignoranța sau din lipsă de prevedere. «Adevăratul curaj, spune Aristotel, își găsește perfecțiunea la distanță egală între lașitate și temeritate». „Aceasta trebuie să fie regula de aur a căpitanilor curajoși în marea chirurgie modernă*".



Problemele pe care le ridică indicația operatorie pot fi abordate de pe mai multe poziții. În cele ce urmează ne vom referi mai mult la conceptul de indicație operatorie, situîndu-ne, așa cum am menționat-o deja, pe o treaptă mai inaltă de abstracție față de realitatea concretă reprezentată de această decizie in cazul unei anumite boli. Pentru aceasta ne vom folosi de enunțuri și precepte ale unor corifei ai chirurgiei, bazate pe cunoaștere și experiență, formulate precis, constituind adevărate reguli de conduită și tot atitea surse de învățămînt. Chiar dacă acești autori nu au tratat problema decit in trecere, observațiile lor merită a fi redate pentru valoarea lor instructivă și, mai cu seamă, pentru posibilitățile pe care le oferă comentariile destinate unei mai bune înțelegeri a lucrurilor. Numărul mare de citate, culese și alese din scrieri disparate, prezentate dinadins, au ca scop ilustrarea textului, întocmai ca imaginile dintr-o lucrare privind operele de artă. Este o metodă de expunere puțin obișnuită, dar îndreptățită, credem, dacă se are în vedere obiectivul propus. Vom începe cu citeva citate din perioada de criză generală a chirurgiei.

„*Toată chirurgia ar putea ține în acest precept de ordin general: indeplinește cum trebuie indicația*", afirmă Trélat (1795—1879). În această sentință trebuie să vedem importanța deosebită acordată indicației operatorii. Ea a fost enunțată într-o perioadă cînd, datorită aglomerării și promiscuității din spitale, infecțiile, sub diferite forme — erizipel, gangrenă gazoasă, septicemii și, mai cu seamă, groaza chirurgilor și a bolnavilor de altădată, „putreziciunea de spital" — făceau ravagii și duceau iremediabil la pierderea bolnavului. Denonvilliers (1808—1872) spunea elevilor săi: „*Dacă aveți de făcut o amputație, gîndiți-vă bine, căci atunci cînd punem o indicație operatorie semnăm și o sentință de moarte*". Tot în acea vreme, Nélaton (1807—1873), unul din cei mai mari chirurgi francezi ai secolului trecut, referindu-se la dezastrele produse de infecții in spitale, declara: „*Ar trebui să i se ridice o statuie numai din aur aceluia care ar reuși să invingă aceste infecții*". În fine, un ultim citat, aparținînd celebrului chirurg rus Pirogov (1810—1881): „*Dacă îmi întorc privirile către cimitirele în care sînt înmormîntați toți cei infectați în spitale nu știu de ce mă minunez mai mult: de stoicismul chirurgilor care caută să inventeze operații noi sau de încrederea de care se mai bucură spitalele*". Toate acestea se petreceau în epoca ce a premers descoperirii antisepsiei, cînd orice operație, chiar cea mai mică plagă, ducea la pierderea bolnavului internat în spital. La spitalul Hôtel-Dieu din Paris unde a lucrat Trélat, pe care acesta l-a părăsit de altfel pentru că și-a pierdut toți operații, într-unul din marile saloane era un perete unde nu ajungea niciodată soarele, de unde nu își amintea nimeni să fi scăpat vreodată cu viață un bolnav, operat sau nu. Atunci, indicația operatorie reprezenta o hotărîre din cele mai grave, nu din cauza intervenției, ci din cauza

condițiilor în care era efectuată. Situația este astăzi alta. Indicația rămîne o decizie deosebit de importantă, dar aceasta este legată de natura procesului patologic și de complexitatea intervenției. Iar progresele neîncetate pe care le face chirurgia duc la condiții de lucru din ce în ce mai favorabile intervenției operatorii.

O problemă care se ridică de la început cu privire la indicația operatorie se referă la acele cazuri unde există posibilitatea de alegere între tratamentul medical și cel chirurgical. Iată o părere autorizată, emisă de Forgue, într-o carte deosebit de instructivă — *Les pièges de la chirurgie* (1939): *„În principiu, cînd o afecțiune este curabilă prin medicația internă nu este cazul unei indicații operatorii. Dar, cîte rezerve nu trebuie aduse observării stricte a acestui precept, care a pierdut din valoarea sa imperativă pe măsură ce tehnica s-a ameliorat și a crescut securitatea operatorie! Sub pretextul curabilității medicale nu trebuie lăsată să evolueze și să parvină la un stadiu de deosebită gravitate o afecțiune a cărei evoluție ar putea fi oprită printr-o operație oportună"*. Forgue se referă la afecțiunile tubului digestiv și ale căilor biliare, unde se ridică, de cele mai multe ori, această problemă. Fiecare chirurg s-a găsit în fața unor ulcere gastrice penetrante sau a unor stenoze pilorice ajunse la operație în stadii avansate de boală, ori în cazuri de litiază biliară unde chirurgul intervine după producerea de complicații sau după ani lungi de suferință. Decizia terapeutică în asemenea situații trebuie luată în cadrul unui consult, făcut la timp, avîndu-se în vedere numai utilitatea intervenției pentru bolnav. Dacă părerile diferă, lucru din ce în ce mai rar în zilele noastre, este vorba mai mult de pregătirea și experiența consultanților, care, așa cum am văzut, diferă, și nu de un mod diferit de gîndire. Mai ales își spune aici cuvîntul experiența. Chirurgul nu își revede întotdeauna bolnavii la intervale mari de timp după operație, bolnavi pe care îi revede însă internistul. Astfel, opiniile pot să difere cu privire la rezultatele îndepărtate ale unei intervenții chirurgicale. Motiv în plus pentru consult și pentru o discuție principială privind decizia de luat.

Pe prim plan în indicația operatorie se situează utilitatea intervenției pentru bolnav și riscurile pe care le comportă, adică probabilitatea de reușită. Cu privire la utilitate poate fi dat ca exemplu Velpeau (1795—1967), care atestă această preocupare în epoca ce a premers avîntului luat de chirurgie, spre finele secolului trecut: *„Înainte de toate, diagnosticul fiind bine stabilit, înainte de a acționa, trebuie să ne gîndim la utilitatea pe care o prezintă pentru bolnav, mai mult decît la posibilitatea anatomică de realizare operatorie"*. Aici Velpeau ridică o problemă care a devenit acută în zilele noastre, cel puțin în unele țări, aceea a operațiilor inutile sau abuzive, problemă ce merită a fi considerată ceva mai îndeaproape.

Aprecierea utilității unei operații este uneori greu de făcut, deoarece în obținerea rezultatului pot interveni mai mulți factori. Cu cît se merge mai în profunzime, cu atît analiza acestei probleme apare mai complexă. Cîteva exemple pot însă simplifica foarte mult înțelegerea lucrurilor.

Să luăm ca prim exemplu operația de ligatură a arterei mamare interne în angina pectorală. Durerile coronariene, declanșate de eforturi sau de emoții, prin caracterul lor constrictiv, însoțit de anxietate și de senzație de moarte iminentă, sînt din cele mai penibile și mai greu de suportat de către bolnavi. Ligatura arterei mamare interne, preconizată în Statele Unite după cel de al doilea război mondial, a dat rezultate satisfăcătoare și a ajuns, la un moment dat, să constituie noul în acest domeniu. Operația a fost discutată în centrele de specialitate, dar nu i s-a găsit o explicație

satisfăcătoare. Producerea durerii este atribuită, în cărțile de semiologie cel puțin, *„hipoxiei miocardice, cu acumulare de metaboliți, care excită terminațiunile nervoase intramiocardice”* (Viorel Gligore). Cum pot fi explicate în acest caz rezultatele favorabile obținute prin ligatura unei artere care nu prezintă anastomoze cu vasele coronariene. Au fost date unele explicații savante, care și-au pierdut orice valoare în urma unei experimentări din cele mai simple, practicate tot de un autor american. Acest autor a făcut o experimentare pe două loturi de bolnavi suferind de dureri de origine coronariană. Bolnavilor din primul lor le-a practicat ligatura arterei mamare interne stîngi, iar celor din al doilea lot o simplă incizie pe marginea internă a sternului, la același nivel și de aceeași lungime. Rezultatele obținute nu au prezentat diferențe statistic semnificative.

Un al doilea exemplu, de data aceasta personal (dar cu situații similare s-au întîlnit, sînt convins, și alți chirurgi) se referă tot la manifestări de ordin subiectiv. O bolnavă suferind de migrene îmi este adresată de către un internist pentru apendicectomie. Explorările practicate au fost negative, și cele clinice, și cele de laborator. Nu i-am găsit decît o durere la palparea abdomenului, în punctul Mac Burney. Am verificat în mai multe rînduri existența acestui punct dureros, dar mărturisesc că nu m-a convins. La insistențele internistului, am practicat apendicectomia. Apendicele a fost normal, atît la examenul macroscopic, cît și la cele microscopic. Migrenele au încetat imediat după operație și nu s-au reprodus timp de cîteva luni, cît am urmărit bolnava.

În cazurile de mai sus a fost vorba de manifestări clinice de ordin subiectiv. Numeroase exemple pot fi însă aduse privind cazuri unde a fost vorba de leziuni organice, modificate în bine de intervenție, dar fără o explicație mulțumitoare dacă ne referim la tezele clasice ale patologiei. Cîteva din aceste exemple le-am prezentat într-o lucrare anterioară. Le reiau aici pentru valoarea lor în discuția ce va urma, cu atît mai mult cu cît ele aparțin unui domeniu căruia i-am consacrat numeroase cercetări.

Un bolnav a fost operat pentru un ulcer gastric penetrant în pancreas. El era purtătorul unei plăgi atone de gambă, fără tendință spre vindecare, în ciuda medicațiilor de tot felul folosite în aplicații locale. Indicația operatorie a fost justă, iar rezultatul cu privire la afecțiunea gastrică cel așteptat. Spre mirarea noastră, o adevărată transformare s-a manifestat la nivelul ulcerului de gambă, care a evoluat rapid spre cicatrizare. O evoluție rapidă spre mai bine am observat-o și în cadrul unui ulcer aton de gambă la un bolnav care a suferit un accident urmat de producerea de plăgi superficiale traumatice. O dată cu vindecarea plăgilor s-a observat și o evoluție, cu totul neașteptată, spre cicatrizare a ulcerului gambier. Aceeași tendință neașteptată spre vindecare a fost observată și în cazul unor plăgi atone după arsuri, unde, din cauza extensiunii leziunilor, cicatrizarea a fost epuizată, situații unde au fost aplicate grefe dermo-epidermice, care s-au eliminat în totalitate. Tributul plătit de bolnav a constat în cicatricele de pe tegumentele abdomenului, unde au fost prelevate grefele, în timp ce profitul a fost relansarea procesului de cicatrizare a plăgilor după arsuri.

Un exemplu și mai tulburător este acela al unor neoplasme abdominale, unde se intervine operator fără a se putea efectua un gest curativ, astfel că operația rămîne numai o laparotomie exploratoare. Au fost situații unde și eu ca și alți chirurgi, a trebuit să închid abdomenul fără a face nimic din cauza inoperabilității leziunilor. Și totuși, după intervenție s-a observat o ameliorare, nu numai cu privire la manifestările funcționale, ci

și cu efecte favorabile privind starea generală a bolnavului — poftă de mîncare, creștere în greutate. Aceste efecte sînt însă numai temporare, uneori de mai lungă durată. Într-un caz inoperabil de cancer de stomac, starea biologică de mai bine s-a menținut cîteva luni, dar, subiectiv, ameliorarea a fost mai lungă. Din păcate, rezultatele imediate, cînd există, ceea ce nu este regula, nu se mențin după intervenție și sfîrșitul rămîne tot atît de trist pentru toți bolnavii.

În fine, sînt de menționat unele operații considerate altă dată ca utile, părăsite astăzi ca fiind insuficient fundamentate fiziopatologic. Sînt operațiile de pexie, destinate să fixeze unele segmente mobile ale tubului digestiv. Îmi amintesc, din timpul stagiului de intern, de gastropexiile practicate înaintea celui de al doilea război mondial, fixîndu-se mica curbură cu ajutorul ligamentului rotund sau marea curbură fiind însăilată pe o bandeletă prelevată din teaca aponevrotică a marelui drept, fixată la peretele abdominal anterior. Se practicau și duodenopexii, colopexii — pe cec, unghiul hepatic, mai des pe segmentul ileopelvin, acesta din urmă însoțit adeseori de uteropexie. Nu știu dacă mai sînt astăzi chirurgi care să practice asemenea operații, în afară de unele nefropexii cu indicații speciale, dar nu se poate nega că adeseori se obțineau rezultate favorabile.

Din cele de mai sus reiese că rezultatele înregistrate în urma intervențiilor chirurgicale sînt condiționate de mai mulți factori. Factorul dominant este reprezentat de natura intervenției propriu-zise, prin care se urmărește îndepărtarea unei tumori, a unui organ sau parte de organ, suprimarea unui obstacol, efectuarea unei derivații biliare, a unei anastomoze vasculare etc. Obiectivul țintit poate fi deci morfologic, sau funcțional, dar indicația operatorie are în vedere numai combaterea procesului patologic sau a perturbărilor pe care le provoacă. O intervenție chirurgicală determină însă și o reacție a organismului, în care intervin mecanismele sale de apărare, dar care nu sînt legate direct de indicația operatorie. În fine, intervine și reacția de ordin psihic. Este vorba de factori conexi, nespecifici, care pot influența în bine rezultatele obținute. Influențat de J. Ch. Sournia, am atribuit și eu rezultatele obținute prin intervențiile date ca exemplu mai sus, efectului *placebo* extrapolat de acest autor din medicina internă în chirurgie. Sournia își însușește definiția dată termenului de placebo de către Kissel și Barrucand, care l-au folosit pentru prima dată în 1964: „*Placebo-ul este un mijloc terapeutic, de eficacitate nulă sau slabă, fără nici un raport cu boala, dar care acționează dacă bolnavul crede că este supus unui tratament activ, printr-un mecanism psihologic sau psihofiziologic*". În fine, Sournia se limitează la manifestările funcționale observate în unele cazuri de apendicectomii, operații pentru colecistopatii sau tulburări ovariene, ameliorate prin intervenții pe organe fără modificări patologice. Efectele obținute îl fac să afirme: „*Nu se poate spune despre această chirurgie pe care am denumit-o placebo că ar fi inutilă deoarece a dat satisfacție bolnavului care s-a ales cu oarecare confort, fără să i se fi îndepărtat un organ vital*". Aceeași observație o face și în legătură cu operațiile de pexie, cu indicații atît de limitate astăzi: „*La vremea lor, de pe urma acestor fixații diverse mulți bolnavi s-au declarat foarte satisfăcuți. Operația pentru acești bolnavi, și sub acest aspect, nu a fost inutilă*".

Identificarea rezultatelor după unele operații cu efectul placebo descris în medicina internă, așa cum o face Sournia, este însă, sub unele aspecte, forțată. Pe de altă parte, acest efect nu este numai de ordin psihologic, legat de sugestie, de temperament, sau de relațiile bolnavului cu chirurgul,

cum afirmă autorul francez. În medicina internă, efectul placebo se obține administrîndu-se o substanță considerată complet ineficace, ca miezul de pîine sau serul fiziologic, în locul medicamentului activ. Remediul placebo nu are decît forma și culoarea celui activ, ale cărui efecte se verifică prin administrarea celor două medicamente la două loturi de bolnavi. În cazul operațiilor intervine reacția organismului supus agresiunii chirurgicale, ca urmare a secțiunii țesuturilor și a traumatismului nervos. Relansarea cicatrizării în cazul unei ulcerații atone a unui membru după o operație abdominală nu poate fi considerată ca un fenomen de ordin psihologic. Studiul acestor cazuri ne-a dus la cercetări privind imunologia plăgilor. O plagă recentă are o influență favorabilă asupra unei plăgi vechi prin mecanismele de apărare imună a organismului, care intră imediat în joc. Aceasta nu înseamnează nicidecum negarea reacției psihice la operație, a cărei importanță, așa cum vom vedea mai departe, este cu totul deosebită.

Este de reținut, din cele de mai sus, că în reușita unei intervenții chirurgicale se pot identifica trei factori determinanți, de valoare inegală însă. Factorul dominant și de departe cel mai important este reprezentat de indicația operatorie, dirijată împotriva bolii. Cel de al doilea este un factor organic nespecific, puțin studiat pînă acum, prezent în toate cazurile, dar fără legătură cu indicația propriu-zisă. Cel de al treilea factor îl reprezintă reacția psihică și manifestările funcționale, corespunzînd efectului placebo, dar într-o înțelegere mai cuprinzătoare a acestuia. Cînd se stabilește indicația operatorie se ia în discuție primul factor, dar astăzi se ține seama tot mai mult și de cel de al treilea factor, în timp ce factorul doi este considerat, pentru moment cel puțin, ca un epifenomen.

Atunci cînd se stabilește o indicație operatorie trebuie să se ia în considerare și riscurile. Sub acest aspect, situația este cu totul alta decît în epoca preantiseptică. Atunci, riscurile erau foarte mari, iar indicațiile operatorii foarte restrînse. Cu timpul, grație progreselor înregistrate în domeniul patologiei, grație noilor tehnici operatorii, cît și a condițiilor de lucru tot mai sigure în sala de operație, cîmpul indicațiilor operatorii s-a lărgit foarte mult. Se poate stabili un raport de proporționalitate inversă între numărul tot mai mare al intervențiilor chirurgicale, de la finele secolului trecut pînă astăzi, și reducerea progresivă a riscurilor operatorii. S-a ajuns astfel să se practice un număr relativ mare de intervenții inutile, cel puțin în unele țări. H. Knowles (Massachusetts, S.U.A.), de exemplu, afirmă: „*Din 17 milioane de operații efectuate în Statele Unite în 1972, patru milioane nu au fost necesare; acestea sînt amigdalectomii, operații pentru vegetații, apendicectomii, colecistectomii și histerectomii*". În fața acestei situații s-a ajuns să se recomande bolnavilor să nu aibă încredere în operațiile propuse, să nu adreseze decît unui chirurg atestat și să ceară apoi avizul unui al doilea chirurg, cu totul independent de primul (L. P. Williams — *How to unnecessary surgery*). S-a creat această situație datorită faptului că un absolvent primește, la terminarea studiilor medicale, o diplomă care îi permite să efectueze orice intervenție chirurgicală, în cazul că bolnavul o acceptă. În cadrul medicinii zise liberale bolnavul poate fi internat într-un sanatoriu particular, unde orice medic îl poate opera fără ca legea să-i ceară o pregătire specială pentru aceasta. Și cum o apendicectomie sau o altă intervenție de chirurgie mijlocie ori mică nu comportă o specializare prea împinsă, mulți medici sînt tentați de aceste operații, tot atîtea surse de venituri. E. W. Fonkalsrund susține că: „*Aproximativ o jumătate din totalul operațiilor practicate în S.U.A. în 1972 au fost făcute de medici neatestați*

pentru chirurgie de către un colegiu american de specialitate". Aceleași probleme s-au pus și în alte țări, cu sisteme identice de ocrotire a sănătății publice, dar într-o mult mai mică măsură, fără a se ajunge la exagerările din S.U.A. La noi în țară, situația este alta, deoarece intervențiile chirurgicale se practică numai în instituții de stat, în condiții bine precizate și sub control riguros, avîndu-se în vedere numai interesele bolnavului. Aceasta nu înseamnă însă că nu se practică uneori operații inutile, dar fără să fie vorba de incompetența operatorului, ci numai de cazuri unde există o incertitudine cu privire la indicația terapeutică. Există deci situații cînd o indicație operatorie poate fi discutată sub aspectul utilității și al riscurilor pe care le prezintă, mai cu seamă atunci cînd este vorba de organe de care se apreciază că organismul se poate dispensa.

În domeniul chirurgiei generale, în grupul operațiilor inutile, din ce în ce mai restrîns astăzi, pe prim plan se situează apendicectomiile, care se dovedesc a nu fi fost necesare. Situațiile întîlnite sînt foarte diferite. Poate fi vorba de o intervenție pentru apendicită acută, unde la operație ce găsește un apendice sănătos. Fiecare chirurg are la activ asemenea cazuri sînd o operație care se dovedește ulterior ca inutilă rămîne perfect justificată. Pentru că, atunci cînd se suspectează o apendicită acută, indicația operatorie se impune. Riscul intervenției este mult mai mic decît riscul unei perforații apendiculare, urmată de peritonită generalizată. Se poate accepta în mod conștient un risc mai mic decît abținerea, care poate primejdui viața bolnavului, chiar dacă decizia comportă un caracter doar preventiv. În schimb, nu se mai acceptă operațiile preventive care se practicau altă dată înaintea unor călătorii lungi sau a unor expediții în regiuni unde nu există posibilitatea de a se interveni de urgență în eventualitatea unei apendicite acute. Astăzi, călătoriile pe distanțe mai lungi se fac cu mijloace de transport rapide, iar centre chirurgicale dotate corespunzător pentru operații de apendicită se găsesc pe tot globul. În apendicita cronică, operațiile inutile se datorează greșelilor de diagnostic. Au fost descrise numeroase puncte dureroase, zone dureroase, cît și manevre destinate să permită diagnosticul, dar acesta este greu de stabilit cu certitudine și astăzi nu se intervine decît după un examen clinic și probe paraclinice susținute, pentru a se elimina alte multe afecțiuni care se pot manifesta numai sub formă de dureri în fosa iliacă dreaptă. Se intervine uneori la insistențele interniștilor, dar se mai întîmplă, ca, la intervenție, organul vizat să nu manifeste nici o leziune și, totuși, rezultatul operației să fie bun. Cînd însă apendicele apare sănătos, iar manifestările clinice persistă, sau se descoperă ulterior o afecțiune care nu a fost depistată la timp, în acest caz inutilitatea operației apare evidentă. În fine, în cursul unor intervenții intraabdominale aseptice, ablația apendicelui, practicată aproape sistematic într-o vreme, a fost părăsită deoarece comportă un timp septic, care este bine să fie evitat.

Situații ca cele aparținînd apendicitei cronice se pot întîlni și în unele colecistopatii. Se pune indicația operatorie pe bază de colici biliare care se repetă. La intervenție se găsește un colecist fără calculi, care se îndepărtează uneori, alteori nu. La deschidere, vezicula apare sănătoasă și se consideră că s-a practicat o operație inutilă. Cînd, în lipsa unor leziuni vizibile, vezicula se lasă pe loc, apreciindu-se că este vorba numai de manifestări funcționale, ameliorate de altfel prin laparotomie, se poate întîmpla ca același chirurg să fie pus în situația de a îndepărta o veziculă plină de calculi, lăsată pe loc în cursul operației anterioare.

Deosebit de delicate sînt situațiile unde se pune problema indicației operatorii, cînd, în ciuda examenului clinic și a explorărilor paraclinice, nu se poate stabili dacă un proces neoplazic intraabdominal este sau nu operabil. Se intervine, leziunile au depășit limitele și se închide, astfel că operația ia caracterul unei intervenții inutile. Era însă ultima șansă pentru bolnav și laparotomia făcută trebuie considerată ca justificată. Tot atît de delicată este și situația operațiilor paleative, a căror indicație se pune în unele cancere inoperabile, cu localizare pe tubul digestiv. Indicația poate fi imperioasă, iar operația din cele mai utile, ca, de exemplu, într-un caz de neoplasm inoperabil al colonului transvers sau descendent, stenozant, unde se practică o ileosigmoidostomie benefică pentru bolnav, chiar dacă supraviețuirea nu este influențată decît în prea mică măsură. Inutile se dovedesc însă derivațiile externe în cazuri prea avansate, cînd este vorba doar de prelungirea supraviețuirii cu săptămîni sau 2—3 luni de zile, cu prețul unei stări de inconfort fiziologic, care nu se justifică. Cu atît mai inutile se dovedesc, „pelvectomiile" în neoplasmele extinse ale micului bazin, care antrenează o și mai mare mizerie fiziologică, datorită derivației externe nu numai a materiilor fecale, ci și a urinei, fără nici o perspectivă de viitor. Operațiile paleative își pot găsi însă indicații valabile pe diferite organe și se pot dovedi uneori salvatoare: o colecistoduodenostomie într-un caz de icter mecanic prin pancreatită cronică, o gastrostomie într-o stenoză esofagiană, unde esofagoplastia este contraindicată, o anastomoză porto-cavă, care nu modifică întotdeauna prognosticul îndepărtat, dar suprimă hemoragiile legate de hipertensiunea portală. Probleme deosebite ridică adeseori abdomenele acute, cu privire la indicația intervenției chirurgicale, dar acestea le vom lua în discuție ceva mai departe, după ce vom face cîteva considerații asupra operațiilor abuzive.

Operațiile abuzive pot fi legate de persoana chirurgului, de modul său de a gîndi și de a proceda, ca și de condițiile de lucru în care își desfășoară activitatea. O intervenție de anvergură devine abuzivă dacă este abordată de un chirurg insuficient pregătit. Este cazul unor intervenții abdominale majore, cînd chirurgul se vede angajat într-o operație căreia nu este în măsură să îi facă față. Așa cum am văzut deja, într-un asemenea caz, o primă greșeală o constituie faptul că medicul se arată temerar, o greșeală însă mai mică decît cea de a doua, cu totul condamnabilă, cînd el se retrage și decretează cazul ca inoperabil, lipsind astfel bolnavul de șansa pe care ar putea să i-o ofere un alt chirurg. O operație poate fi abuzivă datorită modului de a gîndi și de a proceda al unor chirurgi. Încă și astăzi se mai practică, desigur mult mai rar ca altă dată, operații abuzive în ulcerele gastroduodenale acute sau la tineri, în unele arteriopatii, cînd se efectuează amputații extinse acolo unde ar putea fi evitate, prin operații conservatoare, de restabilire a fluxului arterial, sau prin intervenții limitate la extremitatea membrului. În fine, sînt operații abuzive datorită condițiilor de lucru. Un chirurg poate fi în măsură să practice operații de amploare, pe tubul digestiv sau căile biliare, dar acestea se pot complica de stări de șoc, de pierderi mari de sînge, astfel că intervențiile capătă un caracter abuziv cînd sînt efectuate în instituții lipsite de servicii de reanimare. De asemenea, practica unor operații devine abuzivă dacă serviciul este lipsit de aparatura necesară sau de posibilitatea efectuării unor examene de laborator. Așa de exemplu, chirurgia cancerului de mamelă este abuzivă acolo unde nu se pot practica biopsii extemporanee, deoarece există riscul de a se face amputații de sîn în caz de leziuni benigne ale glandei mamare. Din

fericire, circumstanțele în care se desfășoară astăzi activitatea chirurgicală, privind pregătirea chirurgilor, condițiile de lucru, ca și latura umană a activității, reduc tot mai mult abuzurile. Au devenit cu totul contraindicate unele intervenții monstruos abuzive, pe care le-am menționat deja în această lucrare, ca hemicorporectomia sau suprarenalectomia bilaterală în cazul trombangeitei obliterante.

Dar să revenim la enunțurile și recomandările dascălilor și înaintașilor noștri cu privire la indicația operatorie, în chintesența ei și în unele situații particulare ce pot pune probleme de conștiință chirurgului.

Autorii moderni insistă cu toții asupra necesității unei bune pregătiri de specialitate, bazată pe cunoaștere și experiență. Buna intenție nu este suficientă. Sub acest aspect poate fi citat Saegesser: *„În fond, profesiunea noastră nu poate fi bazată decît pe cunoaștere și probitate. Scopul chirurgiei fiind acela de a urmări binele bolnavului, de a-i ușura suferința, de a-l vindeca sau de a îndepărta o amenințare vitală, toate actele noastre au un aspect moral. Această morală chirurgicală are drept caracter particular faptul că nu se poate imagina un chirurg cinstit și ignorant. Moralele curente, chiar și religia, țin în definitiv mai mult seama de intenție decît de rezultate, mai mult de opțiunile inimii decît de efectele priceperii și îndemînării. Aplicată la chirurgie, această atitudine ar deveni absurdă, ar permite să se conceapă un chirurg onest și în același timp ignorant"*. Același lucru îl susțin și autorii vechi. Cruveilhier (1791—1874) este mult mai sever în aprecieri: *„Cînd este vorba de viața oamenilor, ignoranța este o crimă"*. Dionis (1673—1718) este însă mai temperat în exprimare și recomandă să nu se pună indicații ce depășesc posibilitățile de realizare: *„Practicianul trebuie să fie propriul său judecător* [...] *Cînd nu se simte în stare și nici nu are destulă experiență pentru o operație dificilă, el trebuie să lase un altul să o facă, mai degrabă decît să o întreprindă temerar"*. Astăzi, situația este cu totul alta. Devine necesară informația continuă. Medicina face progrese mari și tot mai rapide, în această epocă a revoluției tehnice și științifice și nici chirurgul nu trebuie să rămînă la ce a învățat școală: *„Prima îndatorire rezidă în a ne cunoaște bine meseria. Ieri, medicul completînd cele învățate în cursul studiilor cu aportul practicii și al experienței personale, putea să facă față îndatoririlor, fără a fi obsedat de teama ignoranței. Astăzi, nu mai este la fel. Noutățile care apar zi de zi în domeniul științelor fundamentale și aplicarea lor la diagnostic și la tratament fac necesară formația continuă și indefinită a medicului* [...] *La jurămîntul lui Hipocrat ar trebui adăugate aceste cuvinte: Jur să mă instruiesc toată viața"*, spune cu multă temeinicie Robert Debré, iar observațiile lui rămîn valabile și pentru indicația operatorie.

Dar sînt situații cînd nici știința, nici experiența nu sînt suficiente pentru o indicație operatorie fermă, cînd și cel mai bine pregătit chirurg ezită. Asemenea situații se întîlnesc cu precădere în abdomenele acute, dar nu sînt singurele care să facă chirurgul să șovăie cu privire la decizia de luat. Cum să procedeze în cazuri de acest gen? Ne-o spune tot Saegesser: *„Chiar și astăzi încă, în unele situații «știința» ne lasă în dubiu, argumentele științifice nu ne permit să rezolvăm o situație. Atunci decizia de luat este totdeauna ușurată dacă se pune întrebarea, eterna și vechea întrebare, care se pune în fața unui bolnav în situație grea. Ce aș face dacă ar fi vorba de mama mea? De cele mai multe ori răspunsul este găsit* [...]" Saegesser îl citează și pe Ambroise Paré, care, în 1575 spunea, exprimînd opinia din acea vreme: *„Fiți față de alții așa cum ați vrea ca alții să fie față de voi"*. În ce privește indicația operatorie propriu-zisă în abdomenele acute, există

astăzi o unanimitate de păreri: *„În caz de dubiu nu trebuie să te abții"*, o spune Terrier, o spune și Gosset. Mult mai clar se exprimă Iacobovici, într-un aforism atît de bine cunoscut de chirurgii din țara noastră: *„Prefer să regret la masa de operație, decît la masa de autopsie"*. Există desigur și situații unde riscurile par prohibitive. Acolo însă unde nu există nici o altă șansă de salvare a unei vieți, chirurgul este îndreptățit să dea dovadă de temeritate. Acest lucru reiese dintr-o relatare emoționantă pe care ne-o face Trousseau: *„Într-o zi am fost chemat împreună cu mai mulți medici la un sculptor renumit al cărui copil era pe cale de a se pierde din cauza crupului. Acest copil se afla în asemenea condiții că nici unul dintre noi, nici cel mai îndrăzneț, nu era dispus să încerce o operație* (tracheostomia, n.r.). *Aveam certitudinea că acest copil era pierdut orice s-ar face. Am fost însărcinat de către colegii mei să comunic aceste triste cuvinte mamei. Am adăugat totuși că ar exista o operație, dar că în acest caz particular șansele de reușită nu ar fi decît de una la mie. La aceste cuvinte, nenorocita de mamă s-a dus la ușă, a închis-o și așezîndu-se în dreptul ei, ni s-a adresat cu un accent de sublimă mînie: «Nu veți pleca de aici înainte de a face operația». Și copilul a fost salvat"*, conchide Trousseau.

A pune o indicație operatorie nu este însă suficient în unele cazuri. Se ridică adeseori și problema alegerii momentului oportun pentru intervenție. *„Alegerea momentului cel mai favorabil este una din dificultățile problemei; pentru că acest lucru nu este indiferent pentru vindecare și pentru riscuri"*, spune J. L. Faure. El se gîndește la operațiile de extremă urgență — o hemoragie, de exemplu — , cînd nu trebuie pierdut nici un minut, la operațiile urgente — cum este cazul în abdomenele acute — , la cele care pot aștepta să se facă pregătirile de rigoare — unele stări de șoc — , la cele care trebuie amînate scurt timp — pînă se produce colecția într-un proces supurativ — sau mai mult timp — în unele malformații congenitale. Dar toate aceste probleme sînt pe larg dezbătute în tratatele de patologie. Oricum, în cazurile îndoielnice, așteptarea poate fi foarte prejudiciabilă. În ocluziile intestinale, autorii germani spun: *„Dacă aștepți mai multe semne înseamnă că aștepți mai multe cadavre"* (Korner). Iar englezii se dezic în asemenea situații de cunoscutul lor slogan: *„Wait and see"* (așteaptă și vezi).

În fond, indicația operatorie trebuie privită de pe mai multe poziții: *„Nici prea mult, nici prea puțin, nici prea tîrziu: acestea sînt cele trei moduri de a greși în indicația operatorie*, spune Forgue". *Tehnica cea mai perfectă ca execuție manuală poate fi vinovată cînd intervenția este de amploare excesivă în raport cu leziunea, sau cînd, din contră, este prea redusă și, mai cu seamă, cînd este prea tardivă"*. Dar toate acestea cer o bună pregătire profesională și o justă apreciere a utilității operației pentru bolnav. O afirmă Thorek, a cărui apreciere merită a fi reținută în finalul acestei serii de citate: *„Prima mare eroare în chirurgie este reprezentată de operația inutilă, iar cea de a doua de angajarea într-o intervenție de anvergură de către un chirurg care nu este în măsură să o rezolve din punct de vedere tehnic"*.



Indicația operatorie determină întotdeauna din partea bolnavului o reacție psihică, a cărei amploare este condiționată de mai mulți factori. Un rol important revine, desigur, naturii intervenției propuse, mai ales cînd aceasta comportă riscuri deosebite și nu apare fundamentată pe un diagnostic suficient de clar exprimat. Modul cum chirurgul propune operația, felul

în care informează bolnavul și caută să-i obțină consimțămîntul, joacă, de asemenea, un rol important. Dar, mai cu seamă, își spune cuvîntul maniera personală de reacție a bolnavului, legată de constituția sa psihică. Organismul uman este o unitate psiho-fizică, a cărei reacție la boală și la demersurile medicale trebuie privită atît sub aspectul răspunsului somatic, cît și al celui funcțional. În cele ce urmează ne vom limita la o scurtă discuție privind latura psihică a reacției și tot în scopul unei mai bune înțelegeri a lucrurilor vom porni de la două citate, primul aparținînd unui mare chirurg, celălalt unui ilustru psihiatru. Am ales aceste două citate pentru că reprezintă adevăruri de care chirurgul trebuie să țină seama în tot momentul, expuse într-o formă din cele mai convingătoare.

Primul citat îi aparține lui Gosset: „*Așa cum corpul omenesc constituie un ansamblu de țesuturi și organe, atît de strîns legate între ele încît tot ce îl lovește, îl lovește în întregul său, tot așa orice boală, orice gest terapeutic ating omul în totalitatea sa fizică și psihică. Nu există tulburări fizice fără repercusiuni emoționale, evidente sau ascunse. Nu ar trebui să existe două medicini care să se ignore una pe alta, medicina corpului, a organicului și medicina spiritului, a funcționalului, a dereglărilor sufletești. Nu ar trebui să existe două feluri de medici, practicienii organiciști și psihiatri, pentru că dihotomizează astfel și bolnavul și boala. Nu ar mai trebui niciodată să se pună următoarea întrebare: această boală este organică sau psihică? Pentru că o boală este întotdeauna ambivalentă, cu o componentă fizică și o componentă emoțională. Dacă omul este un tot, organic și psihic, bolnavul are dreptul la un diagnostic integral, la o medicină totală, la o medicină a persoanei*".

Cel de al doilea citat îi aparține lui Lahey și se referă la observațiile făcute de psihiatru pe marginea bolilor psihosomatice, atît de dezbătute în literatură la un moment dat: „*Mișcarea psihosomatică a repus pe primul plan al preocupărilor medicale importanța factorilor psihologici în desfășurarea bolilor somatice și în tratamentul lor. Or, trebuie să recunoaștem că învățămîntul clasic nu se interesa deloc de această problemă. Erau atîtea date ale științelor naturii pe care trebuia să și le însușească studentul încît părea superfluu să i se vorbească și despre natura umană. Erau și disciplinele fundamentale care trebuiau vîrîte în capul viitorului nostru enciclopedist, așa că nu mai trebuia să se supraîncarce programul spunîndu-i-se că va avea de îngrijit oameni, avînd ca și el, o viață emoțională și afectivă, trăind în societate, ceea ce comportă ciocniri, tot felul de agresiuni psihologice, care, deși de altă natură decît traumatismele sau intoxicațiile, sînt și ele traumatice sau toxice pentru organism*".

Din citatele de mai sus reiese că, în momentul cînd stabilește indicația operatorie, chirurgul trebuie să țină seama de terenul biologic, cît și de terenul neuropsihic al bolnavului. În general, se iau în considerare starea diferitelor organe și un mare număr de constante de laborator, dar mult mai puțin condițiile în care se pot produce reacții psihice nedorite. Pregătirea tehnică a bolnavului pentru operație tinde astăzi spre perfecțiune, în timp ce pregătirea psihologică este lăsată pe plan secundar, preocuparea chirurgului fiind aceea de a asigura succesul tehnic și de a evita complicațiile postoperatorii. Dar datele clinice și de laborator, singure, nu lasă să se prevadă reacțiile psihice, care pot periclita rezultatul final. Dintre chirurgi, J. M. Coldefy a insistat asupra importanței „terenului mental" în chirurgie (*Psychologie appliquée à la chirurgie*, 1963). După el, terenul mental ține de personalitatea psiho-afectivă a subiectului, legată

de constituția psihică, tot atît de diferită ca și tipul morfologic, pe de o parte, și de conjunctura de moment, reprezentată de ansamblul circumstanțelor personale, sentimentale, profesionale, familiale sau sociale, pe de altă parte. Intervenția operatorie este un act contra naturii și determină o agresiune, care a fost asimilată cu un traumatism accidental, iar factorul funcțional, ca și cel psihic pot fi și ei agenți agresori, producînd leziuni organice. Absența specificității agenților agresori este demult cunoscută Vasoconstricția prelungită poate determina obliterări la nivelul arteriolelor în sindromul sau boala Raynaud iar emoția poate provoca prăbușiri tensionale sau chiar sincope mortale. Acestea din urmă nu aveau altădată o explicație valabilă, dar astăzi se știe că emoția determină uneori descărcări masive de adrenalină În experiențele noastre asupra șocului adrenalinic la ciine am pus în evidență la nivelul microcirculației, producerea de microemboli, constituiți din agregate leuco-plachetare, care pot produce obliterări la nivelul vaselor terminale. După părerea noastră, pentru moment încă o ipoteză, în acest mod ar trebui explicate ulcerele digestive la stresuri, ca și stopurile cardiace reflexe produse de microemboliile în vasele coronare terminale. Emoția poate deci provoca reflexe mortale, iar stările de tensiune psihică pot fi cauză de leziuni organice, ce se pot agrava progresiv și ocupa o poziție de prim plan, în timp ce factorul funcțional rămîne adeseori ascuns.

Pentru o corectă apreciere a terenului mental, chirurgul trebuie să dispună de cunoștințe temeinice de psihologie. Sub acest aspect, el rămîne un autodidact. Un chirurg cu experiență devine imediat atent cînd o bolnavă insistă să fie operată și identifică relativ ușor dereglările psihice caracteristice grupului mare al nevroticilor. El își dă imediat seama dacă are de a face cu un bolnav echilibrat, cu reacții fundamentate pe baze raționale, sau cînd, din contră, are în față un bolnav neliniștit, care cere numeroase explicații și dă dovadă de nehotărîre în fața unei operații cu indicații imperioase. Evoluția societății, progresele științei și tehnicii, ritmul agitat al vieții au influențat mult patologia, în care se manifestă tot mai mult elementul funcțional. Sistemul neurovegetativ și creierul omului nu au suferit nici o modificare de-a lungul secolelor, în timp ce stresurile de zi de zi modifică caracterele unor boli organice, în care organicul este tot mai mult aservit psihicului și funcționalului. Apar boli noi, cele considerate psihosomatice, unde factorul psihologic este generatorul leziunii organice, care evoluează apoi de-sine-stătător și se poate agrava. Delay, un alt ilustru psihiatru contemporan, aduce precizări: *„Cînd leziunea organică este constituită, faptul că ea poate fi consecința unui proces emoțional nu schimbă cu nimic indicația operatorie. Dar operația nu reprezintă decît un moment al tratamentului. Dacă tensiunea emoțională persistă, ea va cîntări greu în decursul postoperator și, în viitor, numeroase accidente psihosomatice se vor produce pe același organ, sau, în lipsa lui, dacă a fost îndepărtat, pe alte organe. De aceea, este în interesul prognosticului să se analizeze motivațiile unei tensiuni emoționale, uneori evidente, exterioare, momentane. În timpul războiului, medici englezi au notat frecvența ulcerelor gastro-intestinale în cursul bombardamentelor Londrei, iar medicii ruși au făcut aceleași observații la Leningrad. Dar, mult mai des, cauza stresurilor emoționale trebuie să fie căutată în viața internă a bolnavului, în greutățile lui, în conflictele lui, în complexele care îl împiedică să trăiască în liniște"*. Psihicul poate astfel interveni ca factor etiologic în producerea unor boli bine definite nosologic, reprezentate de bolile psihosomatice. Au fost însă comise exagerări, introducîndu-se

forțat în acest cadru numeroase afecțiuni, unde factorul psihic, ca *primum movens* în geneza procesului patologic, este discutabil. Chirurgul este interesat tot atît de mult cu privire la unele afecțiuni digestive, ca ulcerul de stres, gastrita hemoragică sau unele colecistopatii, unde tulburările consecutive factorului emoțional se declanșează pe un fond psihic labil, cît și de cazurile, mult mai numeroase, unde manifestările funcționale și tulburările psihice se grefează pe leziuni organice deja constituite.

Un chirurg cu experiență este susceptibil să interpreteze corect manifestările clinice de origine organică sau psihică, dar este expus greșelilor din cauza timpului scurt pe care îl consacră examenului bolnavilor. Pe măsură ce avansează în profesiune, cîștigă în competență, din păcate însă devine tot mai ocupat, iar timpul acordat unui bolnav este tot mai redus. Tînăr fiind, este mai expus greșelilor din cauza necunoașterii și a lipsei de experiență. Consecințele acestora pot fi mai mici sau mai mari. Cele mai grave greșeli constau în lipsa de identificare a unor psihopați, aparținînd cu exclusivitate psihiatriei: maniaci, paranoici, schizofreni, agresivi uneori, revendicativi de cele mai multe ori, Asemenea greșeli au fost plătite cu viața de către unii chirurgi (Pozzi, Guinard etc.). De aici necesitatea colaborării cu psihiatrii pentru investigarea unor cazuri care depășesc competența chirurgului. Gosset a fost primul chirurg care a propus atașarea unui psihiatru la toate serviciile mari de chirurgie, dar nu a fost ascultat din motive exterioare medicinii.

Pe marginea colaborării chirurgilor cu psihiatrii se pot face unele observații. În primul rînd trebuie subliniate foloasele pe care le poate trage chirurgul din această colaborare. Cei doi specialiști apreciază însă aceleași probleme de pe poziții diferite. Psihiatrul este înclinat spre speculații intelectuale, acordă uneori o insuficientă atenție biologicului și este în căutarea de definiții și soluții verbale. Chirurgul este impresionat mai mult de manifestările obiective, este un om de acțiune, înclinat spre decizii, într-o viziune caracteristică tehnicianului. Psihiatrul are marele merit de a vedea lucrurile într-o perspectivă pur umanistă și nu se sfiește să se manifeste ca un protector al bolnavului, temperînd zelul unor tineri chirurgi, porniți spre fapte mari. Chiar dacă cei doi specialiști nu folosesc întotdeauna același limbaj, ei ajung în final la o înțelegere, de care profită bolnavul. Profită și chirurgul care vede adeseori bolnavul într-o lumină nouă, de natură să clarifice unele situații unde bisturiul trebuie lăsat la o parte. Personal, trebuie să mărturisesc a nu fi regretat niciodată faptul că am cerut avizul unui psihiatru. Dar avizul psihiatrului nu trebuie să fie literă de lege, deoarece există cazuri unde acest specialist este tentat să treacă cu prea multă ușurință peste leziunea organică în cauză, uneori dintre cele mai grave. Or, și un psihopat poate deveni purtătorul unui cancer visceral.

Avizul psihiatrului trebuie obținut în condiții care să nu afecteze negativ bolnavul. Trimiterea bolnavului pentru consult la clinica psihiatrică este mai mult decît supărătoare și face bolnavul să se depărteze de chirurg. În ce mă privește am cerut întotdeauna să vină să-l examineze în serviciul de chirurgie, așa cum se cere avizul cardiologului sau al endocrinologului. Bolnavul îl acceptă ca și pe ceilalți specialiști, explicîndu-i-se la nevoie că este necesară și părerea unui neurolog. Iar psihiatrul știe mai bine decît oricine să cîștige încrederea bolnavului, care se declară totdeauna satisfăcut de un consult care are loc în aceste condiții.

Situațiile în care chirurgul trebuie să ia legătura cu psihiatrul sînt însă rare, deoarece printre candidații la operație numai excepțional se strecoară cîte un alienat mintal. Mai des se întîlnesc polioperate și paciente care insistă mult să fie operate, deși indicația operatorie nu pare necesară. Chirurgul apreciază aceste cazuri pe baze raționale și nu ezită să facă apel la psihiatru. De cele mai multe ori, însă, chirurgul își poate valorifica aptitudinile de psiholog și supleţea gîndirii în fața cazurilor de nevroză, din ce în ce mai des întîlnită în zilele noastre, fără a fi nevoie să recurgă la un specialist în boli psihice. De-a lungul anilor, chirurgul a rămas același om, ferm și autoritar, pe fondul unei pregătiri de specialitate extinse și aprofundate, în timp ce bolnavul, tot mai mult expus stresurilor vieții cotidiene, devine mai labil, iar boala îi reduce încă rezistența psihică. Chiar și cel mai curajos este cuprins de frică, fără să o arate de cele mai multe ori, și cel mai stăpîn pe sine este în căutarea unui protector. Impresionantă este uneori schimbarea în ce privește modul de a gîndi al bolnavului. Un exemplu îl constituie unii bolnavi ocupînd poziții de vîrf în societate, care, ori de cîte ori au nevoie de un aviz de specialitate, se adresează experților, în timp ce, atunci cînd este vorba de propria lor sănătate, recurg pentru operație la medici neatestați, lucru care explică, așa cum am văzut, numărul mare de operații inutile în unele țări. Apoi, sînt cazurile de peste tot, cînd oameni ale căror acțiuni se bazează pe rațiune devin superstițioși și virează spre misticism, adresîndu-se, în lupta împotriva bolii, tămăduitorilor de tot felul. Toți aceștia simt nevoia unor cuvinte de îmbărbătare, a unui punct de sprijin, într-o situație în care, pentru mulți, viitorul apare în culori din cele mai sumbre.

Indicația operatorie determină întotdeauna o reacție psihică, care este fiziologică și se manifestă printr-o stare de neliniște, de anxietate sau de angoasă. Natura acestei stări de spirit este aceeași, intensitatea reacției diferă însă. Neliniștea, pe care cei mai mulți nu o exteriorizează, se poate transforma în anxietate, cînd pot apărea manifestări clinice, organice ori funcționale, sau în angoasă, cînd acuitatea tulburărilor atinge un maximum, fără ca reacția în sine să comporte elemente patologice. Problema aceasta a fost mult studiată de psihiatrii americani și în scurta prezentare ce urmează vom porni de la un citat aparținînd lui Helen Deutsch: *„Oricine este avizat că are nevoie de o intervenție chirurgicală manifestă un oarecare grad de anxietate. Este semnalul unui pericol care mobilizează apărările psihice naturale. Fiecare, în fața unei amenințări, își desfășoară planul de apărare personal, vizînd să măture gîndurile insolite, născute din teamă. Fiecare își menține echilibrul luptînd împotriva angoasei prin mijloacele de bord. Aceasta este asimilația anxietății"*. În această înțelegere a lucrurilor, mergînd în adîncime, se poate integra, figurativ desigur, anxietatea în cadrul proceselor metabolismului general al organismului. Asimilația corespunde anabolismului, în limitele căruia se situează preluarea din exterior, urmată de transformări prin mecanisme integratoare neuropsihice, de natură să asigure echilibrul psihic, în timp ce catabolismul, reprezentînd dezasimilația, se poate exprima și prin manifestări neurovegetative, mai mult sau mai puțin evidente clinic. Pe prim plan se situează semnele funcționale, minime în anxietate: insomnie, anorexie, iritabilitate, mai evidente în angoasă: palpitații, jenă respiratorie, tremurături, tulburări digestive sau urinare. Cele mai grave sînt manifestările psihice legate de imaginație, îndepărtare de real sau chiar de posibil. Toate acestea, chirurgul trebuie să le înțeleagă, deoarece bolnavul vede cu totul altfel operația și pericolele pe care le comportă. Pentru bolnav, opera-

ția este un eveniment nedorit, care îi poate pune în pericol viața. Bolnavul se teme fără ca obiectul acestei temeri să fie bine definit. El își imaginează complicații de tot felul, bazate pe zvonuri sau comentarii, uneori din cele mai răutăcioase la adresa chirurgiei. Anxietatea începe să se manifeste încă înainte de a lua contactul cu chirurgul, atinge o culme o dată cu indicația operatorie și prezintă un puseu final în momentele care preced operația. Panica poate cuprinde bolnavul în asemenea măsură că ajunge să-i împărtășească chirurgului temerea că va muri. Chirurgii cunosc această situație și cei mai mulți refuză să opereze bolnavul înainte de a vedea că s-a liniștit, în afară, desigur de cazurile de urgență. Este bine ca toți acești suferinzi cuprinși de panică să fie adresați unui psihiatru, singurul în stare să obțină rezultate favorabile în asemenea împrejurări.

Starea de anxietate a bolnavului poate fi influențată în bine sau rău și de membrii familiei. Uneori, un membru al familiei reacționează mai zgomotos decît însuși bolnavul la ideea operației. Sînt cazuri cînd au loc consilii de familie, în cadrul cărora se stabilesc cine va fi operatorul și data intervenției. Se instituie o stare de nervozitate colectivă, cu influență negativă asupra echilibrului psihic al candidatului la operație.

În studiile la această problemă, psihiatrii fac o diferențiere între anxietatea preoperatorie și cea postoperatorie. Anxietatea preoperatorie, în grad mai redus, este comună, dar, observă ei, bolnavii care manifestă o stare de tensiune nervoasă mai ridicată înainte de operație sînt mai relaxați și euforici după intervenție. În acest mod își manifestă satisfacția că au trecut peste o încercare a cărei reușită o puneau la îndoială. În schimb, anxietatea postoperatorie la bolnavii care s-au arătat prea calmi înaintea intervenției trebuie să pună chirurgul pe gînduri. Aceștia sînt falșii curajoși, psihopați de grad variabil, care necesită intervenția specialistului.

Problema care se pune acum se referă la modul cum trebuie prevenită și combătută anxietatea preoperatorie. Chirurgul trebuie să țină seama de temperamentul bolnavului, de constituția sa psihică, de gradul său de cultură, de cunoștințele sale de specialitate. Succesul depinde de modul cum reușește să cîștige încrederea bolnavului. Aceasta nu trebuie să fie o încredere pasivă, în care pacientul lasă totul în seama chirurgului, el așteptînd resemnat desfășurarea evenimentelor, ci o încredere activă, care să facă din bolnav un aliat, hotărît să lupte și el pentru victorie. Chirurgul trebuie să motiveze operația, să răspundă judicios la întrebările care i se pun, să aducă argumente în vederea obținerii consimțămîntului, dar să lase bolnavul să hotărască. El trebuie să-și etaleze calitățile de bun psiholog, care niciodată nu caută să impună o operație. Dar chirurgul nu trebuie să neglijeze nici latura afectivă prin care cîștigă bolnavul: căldură sufletească, încurajare, un surîs, o strîngere de mînă [...] În fine, pe lîngă pregătirea psihică și afectivă, se pune și problema pregătirii medicale, care revine atît chirurgului, cît și reanimatorului, destinată să liniștească bolnavul și să creeze cele mai bune condiții pentru efectuarea intervenției. Dar toate acestea sînt pe larg expuse în monografii și tratate și sînt prea bine cunoscute chirurgilor pentru a insista asupra lor.

O dată cu operația se ridică alte probleme, de data aceasta mai mult de ordin tehnic, dar de la indicație și pînă la intervenția chirurgicală rămîne încă un drum de parcurs, și pentru medic și pentru bolnav.

6

DE LA INDICAȚIA OPERATORIE LA INTERVENȚIE

Drumul de la indicația operatorie pînă la intervenție, mai scurt sau mai lung, poate fi parcurs de chirurg în stare de relaxare sau într-o stare de încordare maximă. Un caz de hernie inghinală la un adult sănătos poate fi un prim exemplu. Aici, indicația operatorie este o simplă hotărîre, luată după examinarea bolnavului, iar intervenția operatorie se înscrie ca singura modalitate de obținere a vindecării. Nu se pune problema unei opțiuni decît în cursul operației, cu privire la refacerea peretelui, unde mai multe alternative sînt posibile. Chirurgul manifestă preferințe pentru o anumită tehnică, iar riscul de recidivă este minim, astfel că operatorul nu are motive deosebite de îngrijorare. Situația nu mai este însă atît de simplă în cazul unei hernii inghinale voluminoase, prin alunecare sau conținînd un diverticul vezical, cînd operația comportă riscul lezării intestinului sau al vezicii urinare și un risc mai mare de recidivă. Pe de altă parte, în momentul cînd se pune problema refacerii peretelui, printre soluțiile care se oferă chirurgului este și aceea a utilizării unei proteze din material sintetic, destinată să confere mai multă soliditate suturilor. Chirurgul are deci de ales și de cele mai multe ori efortul intelectual pe care îl face are un caracter anticipativ, iar problemele care îi solicită sagacitatea se referă numai la execuția intervenției. Dar și în cazul herniilor sînt situații, desigur foarte rare, cînd indicația operatorie însăși ia caracterul unei opțiuni, între două sau mai multe alternative, urmate de o decizie, în înțelesul care se acordă acestui termen în logică. Exemplul clasic este acela al unei hernii crurale strangulate la o femeie obeză. În unele cazuri, pe prim plan se situează fenomenele de ocluzie intestinală, în timp ce în regiunea crurală nu se află decît un nodul dureros, care poate trece neobservat, pierdut în grăsime. De aici, o indicație greșită care antrenează o laparotomie în locul unei incizii directe pe leziune. Dar sînt și hernii crurale strangulate, prin pensare laterală a intestinului, unde manifestările ocluzive lipsesc și se pune problema unei opțiuni între un diagnostic de încarcerare herniară sau de adenită crurală acută, ori de tromboză a crosei safenei interne. Îmi amintesc de un concurs care a avut loc înaintea celui de al doilea război mondial, cînd în fața unui caz de acest gen, candidatul a pus diagnosticul de hernie încarcerată. Cum însă unul din membrii comisiei nu era de acord cu acest diagnostic, nu i s-a dat nota decît după explorarea operatorie, care a confirmat diagnosticul de hernie strangulată. Un alt exemplu, de același gen, reluat de mai multe ori în literatură, a avut loc la începutul

secolului trecut și ne este relatat de Lisfranc. Este un caz în fața căruia s-au aflat marele Dupuytren, în perioada sa de ascensiune, și șeful serviciului, Pelletan, om în vîrstă și descurajat de unele eșecuri.

Pelletan a pus diagnosticul de „ganglion limfatic inflamat", în timp ce Dupuytren susținea că este vorba de o hernie crurală strangulată necesitînd intervenția chirurgicală imediată. *„Ei bine"*, a zis Pelletan, *„operează; în fond, ai mînă ușoară și bolnava va fi cel puțin debarasată de un ganglion"*. Dupuytren a intervenit: a deschis sacul herniei și a găsit în interior materii fecale epanșate. Atunci, a luat ceva din aceste materii pe mînerul bisturiului și i le-a prezentat foarte grav lui Pelletan. Cu un surîs forțat, acesta i-a spus: *„ai afirmat că vei găsi r... (que vous trouveriez de la m...) și diagnosticul este exact"*. Este, desigur, o lipsă de fair-play din partea șefului, dar în condițiile unui asediu psihic permanent din partea tînărului său colaborator, grăbit să îi ia locul.

Sînt însă unele domenii ale chirurgiei generale, cum este abdomenul, unde se ridică mult mai multe probleme, pe care chirurgul le evocă mintal cu gîndul la intervenția pe care urmează să o practice. În fața unui icter mecanic, de exemplu, unde diagnosticul cauzal nu a putut fi precizat cu certitudine, chirurgul se gîndește la greutățile pe care eventual le va întîmpina, la surprizele posibile și, mai cu seamă, la soarta acestui bolnav, care își pune toate speranțele în operație. În cele mai multe cazuri este vorba de o litiază biliară, unde se impune coledocotomia, urmată de îndepărtarea calculilor. Dar chirurgul știe că sînt situații cînd nu poți fi sigur că ai îndepărtat toți calculii, chiar dacă explorarea instrumentală, ca și controlul radiologic arată libertatea căii biliare principale. Sînt acei calculi restanți, la care chirurgii se gîndesc cu groază. A intervenit el însuși în cîteva cazuri operate de confrați, dar și lui i s-a întîmplat să „uite" un calcul în coledoc. De aceea își propune să verifice cu toată atenția dacă dezobstrucția căii biliare este completă. O dată dezobstrucția realizată și verificată, se pune problema îndepărtării veziculei biliare. Sub aspect tehnic, acesta este un moment delicat, deoarece în asemenea situații este vorba de vezicule scleroatrofice, încastrate în ficat, unde lipsește planul de clivaj, iar operația se dovedește anevoioasă și cu pierdere de sînge, întotdeauna periculoase la icterici. Apoi, după ce s-a îndeplinit și acest al doilea obiectiv, se ridică problema drenajului. Chirurgul nu își pune nici o clipă problema coledocotomiei ideale, chiar dacă bila este curată și chiar dacă peretele coledocului este suplu, apt pentru o închidere totală. Riscurile sînt prea mari și se impune drenajul. Acesta poate fi efectuat cu un tub în T, realizîndu-se un drenaj extern, relativ ușor de aplicat. Dar bolnavul pe care îl are în față este în vîrstă, cu stare generală deficitară, iar deperdiția externă de bilă este prejudiciabilă în asemenea situații. Experiența cîștigată în acest domeniu îl face să recurgă tot mai des la drenajul intern, prin coledocoduodenostomie, mult mai bine suportată, care, în plus, permite uneori și evacuarea spontană a unui calcul ascuns undeva sus, într-unul din canalele hepatice. Dacă anastomoza este corect efectuată, iar comunicarea între coledoc și duoden largă, chirurgul este mai puțin obsedat de ideea calculului restant, aceasta cu deosebire în situațiile cînd canalul conține mulți calculi.

Acestea sînt problemele pe care și le pune chirurgul în perspectiva unei litiaze coledociene. În cazul pe care urmează să îl rezolve poate fi însă vorba de o obstrucție prin cancer. La acest bolnav, chirurgul „simte" că este mai probabil cancerul de cap de pancreas. Vezicula biliară nu se percepe, este adevărat, dar icterul s-a accentuat progresiv și nu există antecedente de litiază biliară. Ce va face în acest caz? Pregătirea tehnică

7—c. 172

și experiența i-ar permite să încerce o operație de exereză, dar aceasta este o intervenție de mare amploare, cu decurs greu de anticipat la un bolnav în stare precară. Pe de altă parte, rezultatele îndepărtate ale duodeno-pancreatectomiei pentru cancer de cap de pancreas nu sînt în general mai bune decît ale unei simple derivații interne. Intervenția ar fi mai justificată, sub aspectul rezultatului îndepărtat, în caz de neoplasm al ampulei Vater. Riscurile sînt însă aceleași. În locul operației radicale trebuie luată în considerare o intervenție paleativă. Aceasta ar putea fi o colecistogastrostomie sau o colecistoduodenostomie. Cum însă vezicula nu apare destinsă la examenul clinic, s-ar putea ca ea să nu poată fi utilizată pentru derivație. În acest caz, gîndește chirurgul, va recurge la o coledocoduodenostomie, iar dacă nici aceasta nu ar fi posibilă din cauza sediului tumorii, va recurge la o derivație internă folosind o ansă jejunală în Y. Derivația biliară se impune atît sub aspect funcțional, cît și sub aspect psihic. Apoi, mai există și posibilitatea să fie vorba de un icter prin pancreatită cronică, unde derivația poate fi salvatoare. Dar cancerul poate fi situat și pe calea biliară principală, ceea ce creează condiții mai grele pentru derivație. Aceasta nu mai poate fi realizată atunci decît cu ajutorul unei anse intestinale aduse pînă în hilul hepatic, sau anastomozate cu un canal biliar intrahepatic, departe de hil. Mai există însă și o altă posibilitate, să nu fie vorba nici de o litiază coledociană, nici de un cancer, ci de un icter medical prelungit. Chirurgul s-a găsit doar de cîteva ori în această situație, cînd a practicat drenajul biliar extern și o simpatectomie periarteră hepatică, cu un rezultat satisfăcător. În fine, la toate acestea se adaugă și alegerea momentului operator. Deci nu numai *quo modo*, ci și *quando*.

În situații asemănătoare se găsește chirurgul în fața oricărei intervenții abdominale majore în perspectivă mai mult sau mai puțin apropiată. El anticipează mintal problemele care crede că se vor ridica în cursul operației, se gîndește la greutățile pe care eventual le va întîmpina, la accidentele oricînd posibile, cît și la cele mai bune soluții de adoptat. Este pregătirea psihică a chirurgului, mai ușor de realizat în cazurile cronice, efectuată uneori în fugă în abdomenele acute.

În fața problemelor mici și mari, susceptibile să se pună în decursul intervenției chirurgicale, operatorul trebuie să dea dovadă de mult discernămînt. Chirurgia nu poate fi concepută fără această facultate de a aprecia lucrurile la justa lor valoare, de a sesiza nuanțele, de a judeca limpede și cu precizie. Și, toate acestea, cu anticipație. Dar, pe ce se bazează discernămîntul, despre care La Bruyère spunea că este „*lucru mai rar decît diamantele și perlele*".

La baza discernămîntului stau cunoașterea în specialitate, experiența chirurgului și capacitatea lui intelectuală. Alături de aceste elemente de ordin primar, trebuie luați în considerare și factorii adjuvanți, legați de personalitatea chirurgului și factorii externi, aparținînd epocii în care acesta își desfășoară activitatea.

Cunoașterea științifică își are izvorul în învățămîntul de pe băncile facultății, se completează cu lecturile din literatura de specialitate și se îmbogățește continuu în practica profesională. La absolvirea facultății, cunoașterea are un caracter polimorf și o arie de cuprindere foarte largă. O dată cu evoluția în specialitate, cunoașterea pierde din polimorfism, devine mai unitară și cîștigă

în calitate. Se uită multe date aparținînd unor domenii îndepărtate de chirurgie, care nu au nici o legătură cu practica de zi cu zi, și se dobîndesc altele noi grație lecturilor și experienței care crește mereu. Chirurgul trebuie să se țină la curent cu ultimele cuceriri din domeniul său de activitate, să consulte reviste și monografii, să participe la consfătuiri și congrese. El trebuie să citească tot timpul. Altfel rămîne în urmă: ,,*Un medic care nu citește deloc, chiar dacă ar poseda o experiență de un secol, ar fi numai un biet individ. Vanitatea lui nu ar avea ca egal decît propria lui ignoranță*'', spune Noel Fiessinger.

În chirurgie nu trebuie să se uite că experiența are un rol uriaș atît sub aspect teoretic, cît și practic. Această experiență se cîștigă însă greu, sînt necesari ani și ani de practică pentru ca un chirurg ca să ajungă la nivelul de pregătire ce se cere unui conducător de serviciu. Un matematician se poate impune între 25 și 30 de ani, în timp ce un chirurg nu ajunge în deplinătatea capacității în profesiune decît după 40 de ani. Aceasta și pentru faptul că viitorul chirurg se situează ani de zile în postura de ,,ajutor'' și nu face saltul decît după ce se angajează ca ,,primă mînă'' în intervenții de mai mare amploare. De aici și avantajul de a activa în servicii cu rulaj mare de bolnavi și cu gărzi, care permit o mai rapidă calificare în profesiune.

În medicină s-a discutat mult într-o vreme despre lipsa de cunoștințe și despre excesul de cunoștințe. Este evident că lipsa de cunoștințe reduce în mare măsură capacitatea profesională. Cum ar putea un chirurg, care se pregătește să intervină într-un caz de ulcer gastric sau duodenal recidivat, să evoce ideea unui adenom pancreatic și să decidă explorarea acestui organ dacă nu cunoaște sindromul Zollinger-Ellisson? Nu ar fi descumpănit un operator cînd, într-o intervenție pentru icter mecanic, nu găsește nici litiază. nici cancer și nu știe că icterele medicale prelungite beneficiază de drenajul extern și de simpatectomie periarteră hepatică? Sau, cum ar putea stabili indicația terapeutică și conduce tratamentul într-un caz de malformație venoasă congenitală fără a fi bine documentat în acest domeniu al chirurgiei vasculare?

Între cele două războaie mondiale a fost dezbătută de către clinicieni problema excesului de cunoștințe. Iată ce spune R. Cruchet: ,,*Noi am cunoscut cu toții astfel de erudiți, de oameni știind totul, reușiți la concursuri pe primele locuri, pe care experiența i-a arătat, atît în materie de cercetare, cît și în practica propriu-zisă, ca fiind spirite foarte sărace. Le lipseau tocmai calitățile de intuiție, de discernămînt în ordinea fenomenelor, care este artă, nu numai știință. De aceea un medic în toată viața sa profesională trebuie să facă operă de artist. Altfel, el este expus fără încetare la cele mai monumentale erori cu toate cunoștințele lui teoretice, luate din cărți, oricît ar fi ele de vaste și oricît ar fi de sigură memoria lui*''. Mai departe, adaugă în concluzie: ,,[...] *este necesar ca practicianul să se debaraseze de cunoștințele inutile, care îi încarcă memoria, dacă vrea să ofere bolnavului maximumul de servicii pe care i le poate da*''. Desigur, în domeniul vast al diagnosticului, unele cunoștințe pot dirija în direcții greșite, dar nici aici pregătirea nu trebuie să fie unilaterală. Mai ales în chirurgie. Practica fixează cunoștințele și determină un caracter mai pragmatic cunoașterii. Chirurgul asimilează mereu noi cunoștințe, pierde altele, dar eficiența bagajului său teoretic crește, chiar dacă cu timpul memoria începe să cedeze. Pe măsură ce se reduce volumul de cunoștințe, pe un plan mai general, crește proporțional numărul cunoștințelor folositoare și chirurgul cîștigă în competență. În nici un caz, în chirurgie, nu poate fi vorba de un exces de cunoștințe.

Dar, să revenim la discernămînt. Factorul decisiv în geneza lui îl constituie capacitatea intelectuală, prin care chirurgul valorifică cunoștințele teoretice și fructifică datele pe care i le oferă experiența. Toți marii chirurgi au dat dovadă de multă inteligență. Nu este însă vorba de inteligența sclipitoare care alunecă la suprafața lucrurilor, ci de o inteligență austeră, lipsită de podoabe, dar care pătrunde în esența fenomenelor. Ceea ce caracterizează chirurgul este tocmai profunzimea gîndirii, spiritul critic și logica de fier de care dă dovadă în toate demersurile sale. Față de cele expuse în primul capitol al acestei lucrări ținem să subliniem că inteligența apare aici ca un proces psihic pluridimensional — intuiție și raționament, imaginație și inventivitate, flexibilitatea gîndirii și perspicacitatea în acțiune — ,orientat spre rezolvarea diferitelor probleme, în perspectiva reușitei. Capacitatea de rezolvare se bazează pe înțelegere. În această înțelegere a complexelor situații întîlnite în practica chirurgicală se reliefează inteligența umană față de inteligența artificială, bazată pe operații stereotipe și automatisme. Iar justă înțelegere înseamnează și decizie optimă cu șansă de rezultat final bun. Aceasta este funcția definitorie pentru inteligența eficace.

Conduita și rezolvările spre care înclină chirurgul, în perspectiva operației sînt influențate, așa cum am menționat-o deja, și de factori adjuvanți interni și externi. Fiecare chirurg se remarcă printr-un ansamblu de trăsături psihice care își pun amprenta pe modul său de comportare față de bolnav și boală. Pe această linie se evidențiază și trăsăturile de caracter și de temperament, asupra cărora s-a insistat din cele mai vechi timpuri, dar care nu și-au pierdut nimic din actualitate. Unele sînt tot de ordin intelectual, fără a fi însă legate de un anumit caz în curs de examinare, deci avînd un atribut de generalitate. La școala din Alexandria, de exemplu, cu trei secole înaintea erei noastre, cînd au fost practicate pentru prima dată ligaturile vasculare, Herofil atrăgea atenția chirurgilor asupra unei evaluări exacte a situației în care se află, referindu-se cu deosebire la laparotomii, insuficient fundamentate pe atunci: ,,*Mai presus de toate, medicul trebuie să cunoască limitele puterii sale, pentru că numai acela care știe să distingă posibilul de imposibil este un medic perfect*''. Mai tîrziu, Dionis (1673—1718) a insistat și el asupra necesității pentru chirurg de a-și evalua cu exactitate propriile posibilități: ,,*Practicianul trebuie să fie propriul său judecător și să-și aprecieze cu justețe putința: adică, atunci cînd nu se simte suficient de tare, nici suficient de exersat pentru o operație dificilă, să o lase altora să o facă, decît să o întreprindă în mod temerar*''. În zilele noastre, Paul Lecène revine asupra acestei probleme de justă apreciere a forțelor și de adaptare la variatele situații clinice, atît de complexe uneori: ,,*Această adaptare a tehnicii la varietatea aproape infinită a cazurilor clinice diferențiază chirurgul bun de unul care nu este decît mediocru: nu acela care se supune unor reguli rigide și imuabile va fi cel mai bun, ci tocmai acela care va fi destul de suplu, suficient de artist, ca să știe să-și adapteze toate acțiunile la complexitatea schimbătoare a realității*''. Toate acestea scot în relief facultatea de a discerne, de a judeca limpede, de a aprecia cu exactitate situațiile. Dar această apreciere este bine să fie însoțită și de o estimare, exagerată chiar, a riscurilor. ,,*În toate situațiile cu deosebire, în chirurgie, nu este cu nimic dezavantajos inițial, să se creadă dificultățile mai mari decît sînt în realitate; sînt mai multe inconveniente a nu prevedea cele ce există*'', spunea Roux la începutul secolului trecut.

În conduita chirurgului își spune uneori cuvîntul și ținuta de caracter, pe plan moral, care poate prezenta și aspecte negative. Oricît de rare ar fi acestea, ele merită a fi menționate. Este situația unui chirurg care se anga-

jează într-o intervenţie abdominală, dar, o dată laparotomia făcută, îşi dă seama că nu este în măsură să rezolve cazul. În loc să închidă abdomenul şi să adreseze bolnavul unui chirurg mai competent, el decretează cazul ca fiind inoperabil şi lipseşte bolnavul de această ultimă şansă de salvare. Tot de o deficienţă de ordin moral dă dovadă chirurgul cînd, în cursul unei intervenţii, se decide pentru o operaţie paleativă, atunci cînd este posibilă şi operaţia radicală. Comportările de acest fel nu îi aduc nici un prejudiciu privind aprecierile din partea bolnavului sau a aparţinătorilor, îi reduc însă mult din prestigiu în faţa colaboratorilor. Tinerii din jurul său observă totul şi sînt foarte critici. Ei nu iartă. Aici se pune şi problema fair-play-ului, cînd chirurgul atribuie altora, mai ales ajutoarelor, cauza unei mişcări greşite, pe plan intelectual sau de ordin practic, atunci cînd el este singurul vinovat. Nu este cazul să exemplificăm, deoarece fiecare dintre noi a asistat la astfel de scene, uneori din cele mai penibile. Menţionez doar că lipsa de fair-play la „cald" este simptomatică colericilor şi se întîlneşte în situaţiile grele din cursul operaţiilor de amploare. Este legată de temperament şi uşor de înţeles, în timp ce lipsa de fair-play la „rece", de cele mai multe ori în afara sălii de operaţie, este o deficienţă de caracter, mult mai condamnabilă din toate punctele de vedere.

Printre trăsăturile caracteristice, definitorii pentru chirurg, se situează, aşa cum am văzut, curajul. Acesta reflectă poziţia faţă de riscuri. Curajul este un act conştient, al unui om care cunoaşte pericolele peste care trebuie să treacă, dar dispune de mijloacele de a le face faţă şi are deplină încredere în final. La polul opus curajului se situează teama, legată de ignoranţă sau de lipsa de pregătire. Prudenţa completează curajul şi incită la măsuri de prevedere, care contribuie la succesul acţiunilor dificile şi cu risc mare.

Alături de aceste însuşiri legate de personalitate trebuie situat şi bunul simţ, un element de bază în modul cum chirurgul apreciază variantele problemei pe care se străduie să le rezolve. Printre autorii care şi-au definit poziţia în această chestiune mă limitez la doi, din care iau citate ce mi se par edificatoare. Morache, autorul unei celebre lucrări avînd ca titlu *Profesiunea medicală* (1901), spune: „*Fără bun simţ şi fără judecată sănătoasă, medicul nu va putea face operă utilă; de cele mai multe ori, el va vedea greşit şi va păşi alături ori, mai nenorociţi decît astigmaţii vizuali, astigmaţii intelectuali nu găsesc lentile care să le corecteze tulburarea de vedere. Pentru ei, studiul este aproape fără folos, iar timpul şi experienţa nu fac decît să adîncească mediocritatea lor deplorabilă*". Celălalt autor, Gersuny, chirurg şi filozof vienez, strecoară şi o nuanţă de ironie în afirmaţile pe care le face cu privire la tînărul chirurg: „*El trebuie să facă apel la înţelegerea sănătoasă a lucrurilor şi la bunul simţ, vechi şi comun, naiv şi candid, dacă, din fericire, a avut norocul să mai păstreze ceva resturi care au rezistat la toată educaţia ştiinţifică cu care a fost gratificat*". Şi tot el mai spune: „*Sînt sfaturi pe care numai el, bunul simţ, le poate da şi nu trebuie să le aştepte din partea bolnavului sau a anturajului său; acolo domnesc teama, aprehensiunea şi lipsa de raţiune*".

Bunul simţ reprezintă o calitate de incomparabilă valoare pentru chirurg. În multe situaţii, el îi permite să aleagă şi să decidă, fără a fi constrîns la eforturi intelectuale deosebite. Exemple pot fi luate din numeroase domenii ale medicinii. Am ales pentru aceasta capitolul plăgilor, unde participarea bunului simţ poate fi urmărită pînă în epoca în care a luat naştere chirurgia, atît cu privire la interpretarea leziunilor, cît şi cu referire la conduita terapeutică.

Omul s-a văzut expus rănirilor la tot pasul în cursul milenarei sale existențe. El și-a dat seama de la început că plăgile au o cauză externă, evidentă în toate cazurile. Astfel, într-o vreme cînd medicina era pe deplin aservită religiei și practicilor vrăjitorești, a recurs la tratament empiric, bazat pe experiență nemijlocită, dictat de bunul simț. Omul primitiv și-a dat seama că animalele se vindecă în caz de rănire fără nici un mijloc din afară și, ca urmare, s-a mulțumit să comprime manual cît timp plaga sîngera, a pus apoi o frunză deasupra, după care a lăsat leziunea descoperită. Se poate afirma că practica chirurgicală în acele îndepărtate vremuri reprezintă un triumf al bunului simț, propriu într-un grad mai mic sau mai mare fiecărui om de la naștere.

Dar dacă aprecierile privind tratamentul plăgilor în îndelungata epocă preistorică se bazează mai mult pe supoziții, situația este cu totul alta în epoca civilizațiilor antice, după apariția scrisului, care ne oferă date precise privind progresele realizate. Bunul simț continuă să se situeze pe primul plan. Progresele realizate au culminat cu marele salt care aparține medicinii hipocratice. Meritul este atribuit astăzi, în mod simbolic cel puțin, lui Hipocrat. Tratamentul plăgilor se bazează pe practici bine gîndite, iar gama intervențiilor chirurgicale este mult lărgită. Demn de subliniat aici este faptul că medicul, în concepția hipocratică — a bunului simț — nu este decît „slujitorul naturii" și că prima lui îndatorire este de a nu „vătăma", tradusă ulterior în aforismul latin *primum non nocere*.

Conduita preconizată de Hipocrat în tratamentul plăgilor, bazată pe bun simț și rațiune, a marcat un mare pas înapoi în urma intervenției lui Galen. Acesta este considerat ca ultimul din marii medici ai antichității, rămas în istorie prin contribuțiile importante pe care le-a adus în domeniul anatomiei și fiziologiei. Dar el a greșit mult în interpretări și teoriile pe care le-a formulat. Una din erorile sale, cu consecințe dintre cele mai nefaste, a fost supurația plăgilor, pe care a impus-o ca o necesitate în procesul de vindecare. A comis de data aceasta ceea ce am văzut că este un paralogism, adică un sofism săvîrșit fără intenția de induce în eroare. Demonstrarea acestui sofism se poate face pornind de la adagiul *post hoc, ergo propter hoc* (după aceasta, deci din cauza aceasta). Relația dintre supurația plăgii și cicatrizare nu este însă o relație de cauză la efect. Supurația precede cicatrizarea, dar este elementul întîmplător, deoarece plăgile se pot vindeca și fără ca aceasta să se interpună în procesul de vindecare.

Supurația plăgii a devenit o dogmă pe care urmașii lui Galen au acceptat-o fără nici o ezitare, folosindu-se de diferite mijloace destinate să o provoace. Situația s-a agravat în urma intervenției medicilor bizantini și arabi, care au preluat destinele medicinii după căderea Imperiului Roman. Interdicțiile religioase privind vărsarea de sînge i-a făcut să generalizeze practica cauterizărilor care, și pînă la ei, era folosită pentru hemostază și pentru provocarea supurației. Această practică s-a impus în tot decursul Evului Mediu, cînd medicina, în occident, era sclava dogmelor și misticismului. În epoca aceea, cînd războaiele se succedau, a intervenit și un alt factor agravant, legat de credința că plăgile de război sînt otrăvite. Folosirea de arme explozive în locul arcurilor cu săgeți, a lăncii și spadei a dus la producerea de leziuni tisulare mai grave, cu retenție de corpi străini, de unde și o evoluție mai gravă a plăgilor. Pentru eliminarea otrăvurilor se recurgea la turnarea de oleum fierbinte în rană. S-a ajuns astfel la o situație în care a dispărut orice urmă de bun simț și de rațiune în conduita față de răniți. Lîngă cortul medicului ardea un foc mare, erau pregătite cauterele, iar deasupra focului era cazanul

în care se afla oleul, cu o pîlnie alături, destinată să permită introducerea acestuia în plagă. Mai mult chiar, după amputaţie se obişnuia uneori ca bontul să fie introdus într-un vas cu smoală fierbinte, care oprea hemoragia şi provoca formarea unei cruste, ulterior sursa unei supuraţii abundente, sînt situaţii la care nu ne putem gîndi fără o strîngere de inimă.

O dată cu Renaşterea, medicina s-a emancipat, raţiunea şi bunul simţ şi-au reluat locul cuvenit în atitudinea medicilor faţă de plăgi. Dogmele galenice, contestate deja în ultimii ani ai Evului Mediu, au fost respinse aproape în totalitate. Cel care a dat lovitura de graţie teoriei supuraţiei plăgilor a fost Ambroise Paré, a cărui personalitate merită a fi reluată şi aici. Simplu bărbier chirurg, dotat cu o judecată sănătoasă, bazată pe o uriaşă experienţă acumulată de-a lungul a numeroase campanii, a relansat chirurgia şi a reformat tratamentul plăgilor. A repus în drepturi bisturiul în locul cauterului, a recurs la ligaturi în locul cauterizării, iar local, în locul oleului fierbinte, s-a mulţumit să debrideze plaga, dacă era nevoie, şi să aplice o soluţie inofensivă de vin aromat. Ambroise Paré rămîne întruchiparea bunului simţ, încrezător în posibilităţile de vindecare pe cale naturală.

În anii care au urmat, tratamentul plăgilor s-a diversificat, au apărut metode noi, fundamentate pe raţiune şi experienţă practică, permiţînd medicilor să aleagă. Printre aceste metode este şi vindecarea sub crustă — „cea mai naturală şi de atîtea ori cea mai bună" (Paget), indicată în plăgile superficiale ale membrelor şi ale feţei şi identificată cu cicatrizarea *per primam* —, apoi metoda expunerii la aer — folosită în condiţii bine precizate şi în variate cazuri, vizînd eliminarea pansamentelor şi a bandajelor —, metoda tratării prin irigaţii cu soluţii apoase sau utilizarea de substanţe uleioase ori de substanţe uşor dezinfectante. Sînt deosebit de instructive datele privind îngrijirea plăgilor din tratatele apărute în Secolul luminilor şi al XVIII-lea, în perioada ce a premers aglomerării bolnavilor în spitale.

Această evoluţie mereu ascendentă a fost perturbată de unele răbufniri ale spiritului de sistem. Pe această linie merită a fi menţionat François Broussais, autorul unei noi doctrine, destinată să reformeze medicina, bazată pe teoria inflamaţiei *(phlegmasia)*, valabilă pentru înţelegerea întregii patologii şi avînd ca tratament universal dieta, emisiile de sînge şi aplicarea de lipitori. Acest tratament a fost preconizat de Broussais şi în cazul traumatismelor închise şi al plăgilor. În lucrarea *Catehismul medicinii fiziologice*, apărută în 1824, autorul se manifestă ca adeptul doctrinei galenice a supuraţiei plăgilor, recomandînd folosirea de unguente în aplicare locală, pentru a favoriza supuraţia. Această teorie a fost acceptată de majoritatea chirurgilor. Profesorul Gama, şeful serviciului de chirurgie de la Val-de-Grâce, unde îşi desfăşura activitatea şi Broussais, pentru a evita encefalita la traumatizaţii cranieni, a instituit metoda „lipitorilor permanente", aplicînd pînă la 96 de lipitori într-o singură zi la un accidentat. Urmaşul său, Bégin, membru al Academiei de Medicină, aplica lipitori pe tot corpul, pînă şi pe bonturile de amputaţie, supunea bolnavii la dietă şi pansa plăgile cu cataplasme şi unguente. Chiar şi marele Dupuytren a fost influenţat de ideile lui Broussais. În epoca aceea, chirurgia franceză a marcat un moment de regres, după ce se ridicase la cele mai înalte culmi în chirurgia europeană graţie metodei anatomo-clinice puse la punct de Laennec. Promotorul noii doctrine îl critica violent pe acesta şi îl califica drept „tăietor de cadavre". În serviciile de chirurgie, bolnavii erau sîngeraţi, supuşi unei diete severe, iar pentru tratamentul local al plăgilor se foloseau mijloace din cele mai iritante. Situaţia s-a agravat mult spre mijlocul secolului, în urma aglomerării bolnavilor în spitale şi a faptului că nu

erau respectate nici cele mai elementare reguli de igienă. Chirurgii practicau autopsii, apoi treceau la operaţii, pe care le efectuau în condiţii ce favorizau nemijlocit infecţiile.

Pornind de la doctrina formulată de Broussais putem aduce în discuţie ceva mai detaliat, problema atitudinii faţă de Nou, care constituie una din trăsăturile definitorii şi pentru comportarea chirurgilor în faţa unor situaţii patologice unde urmează să decidă. Este evident că noul, reprezentant de metoda anatomo-clinică, s-a dovedit a fi un factor de progres, în timp ce noul pe care căuta să-l impună Broussais nu a fost nou decît sub aspect cronologic. După moartea bătăiosului lor promotor, dieta şi emisiile de sînge au fost repede abandonate.

Principial, lupta dintre vechi şi nou este motorul oricărei dezvoltări, deci şi a dezvoltării medicinii, dar aici lupta are unele aspecte particulare, întrucît în afara datelor de ordin ştiinţific, de natură să îmbogăţească cunoaşterea şi eficienţa în muncă, se ridică şi probleme legate de etic şi social. Un exemplu deosebit de grăitor îl constituie greutăţile pe care le-a întîmpinat noul ca să se impună, datorită complexităţii fenomenului biologic, chiar şi în unele situaţii aparent simple, cum s-a dovedit a fi problematica infecţiei plăgilor.

În epoca aceea, cînd infecţia începuse să facă ravagii în spitale, cînd cea mai nevinovată dintre plăgi putea fi cauza unei complicaţii septice mortale— erizipel, gangrenă gazoasă, putreziciune de spital'' — Pasteur desfăşura o activitate în care noul era în tot momentul pe prim plan, sortit să schimbe destinele tratamentului plăgilor. Acest cercetător, considerat ca unul din marii binefăcători ai omenirii, a întîmpinat numeroase adversităţi, a fost umilit şi batjocorit. Metodele lui de lucru au fost criticate. ,,*Descoperirile lui*, spunea Brissard, *sînt murdărite cu sîngele cîinilor, al pisicilor, al cobailor pe care îi martirizează* [...]'' A fost luat în derîdere şi după moarte de Leon Daudet: ,,*Pasteurismul va fi lăsat, fără discuţie, amintirea unui amuzant panaceu. Toate aceste mici bestiole sau pretinse atare, aceşti spirili, aceşti coci, aceste bastonaşe, aceste sucuri, aceste seruri, aceste sosuri, despre care se discută pentru a şti dacă într-adevăr vindecă, vor forma un ansamblu cu care se vor distra sau care va înduioşa pe strănepoţii noştri*''. Ironic a fost şi profesorul Siniţin care cerea sorei de la sala de operaţie să ia o cîrpă şi să gonească microbii.

Lucrările lui Pasteur i-au permis lui Lister să pună la punct metoda antiseptică, care a readus pe linia de plutire chirurgia operatorie. Dar şi această metodă a fost întîmpinată de numeroşi chirurgi cu neîncredere, mai cu seamă de cei în vîrstă. Chassaignac, de exemplu, vorbind despre antisepsie, o caracteriza în modul următor: ,,*Chirurgie de laborator, care a dus la pieirea multor animale şi nu a salvat decît foarte puţini oameni*''. Tinerii chirurgi au primit însă metoda cu entuziasm. Jean Lucas Championnière avea 24 de ani cînd a luat cunoştinţă de articolul lui Lister, apărut în Lancet în 1867 — data cînd acesta şi-a făcut cunoscută metoda — şi s-a deplasat imediat la Glascow, unde a făcut un stagiu în clinica promotorului metodei, devenit peste noapte celebru. După el, un val de ,,pelerini'' s-au perindat în această instituţie, dornici de a-şi însuşi metoda.

Noua metodă a sfîrşit prin a se impune. Sédillot, unul din marii admiratori al lui Pasteur, după comunicarea pe care acesta a făcut-o în faţa Academiei de Chirurgie din Paris, în 1878, în sprijinul metodei asepsiei, a declarat: ,,*Am asistat la naşterea unei chirurgii noi, fiică a ştiinţei şi a artei, care va fi una din minunile secolului şi care va fi legată de numele glorioase ale lui Pasteur şi Lister*''. Antisepsia şi asepsia au biruit, ilustrînd forţa de neînvins

a noului. „*Cei care se opun unei idei juste nu fac decît să lovească în foc; scînteile zboară în toate părțile și vor provoca incendii acolo unde altfel nu ar fi putut ajunge*", spunea Goethe.

Creditul de care se bucură noul în rîndurile tineretului este ușor de înțeles. Tinerii sînt mult mai receptivi, mai dornici de a se instrui, mai puțin încorsetați în prejudecăți. Cu vîrsta, receptivitatea scade, se produce pe nesimțite o rigiditate spirituală, o atitudine de rezervă față de inovații, de orice natură ar fi ele, mai ales dacă vin din partea unor cercetători tineri. Ideile noi întîmpină greutăți mai mari să se impună dacă opoziția vine din partea unei autorități cu vechi state de serviciu. Ca exemplu poate fi dat Theodor Billroth (1829—1894), care s-a împotrivit cu vehemență ideii de a se interveni chirurgical pe cord, într-o vreme cînd chirurgii se pregăteau să se lanseze și în intervenții pe acest organ. Celebrul chirurg vienez a declarat în 1881: „*Un chirurg care ar vrea să încerce sutura unei plăgi cardiace ar merita să piardă stima confraților*". Și tot el spunea mai tîrziu, în 1884: „*deschiderea pericardului este o operație pe care mai mulți chirurgi o consideră ca o prostituție a artei chirurgicale*". Cu toate acestea, la finele secolului trecut au fost înregistrate primele succese în sutura plăgilor cordului, iar la începutul secolului următor a fost realizată și pericardectomia.

Adversitățile față de nou încep uneori să se manifeste în perioada cînd acesta este încă în gestație. Alfred Velpeau scria în introducerea la manualul său de *Medicină operatorie* din 1839: „*A evita durerea în chirurgie este o himeră, pe care astăzi nu ne mai este permis să o urmărim*". Iar doi ani mai tîrziu adăuga: „*Bisturiul și durerea sînt înfrățite pentru veșnicie*". După descoperirea anesteziei, mulți chirurgi nu i-au acordat încredere. Copeland, de exemplu, afirma: „*Chiar dacă mărturisirile indivizilor care pretind că nu au resimțit nici o durere în timpul operației ar fi adevărate, totuși ele sînt nedemne de a fi luate în considerare de către un medic serios*". Problema a fost adusă în discuție în fața Academiei, în 1847, care aprecia în rezoluția finală descoperirea anesteziei ca „evenimentul cel mai mare și mai miraculos" din acea epocă". Iar Velpeau, care asista la ședință, și-a putut face *mea culpa*: „*insensibilitatea este de natură să influențeze în bine nu numai chirurgia, ci și patologia și chiar fiziologia*". Nu a fost însă cazul lui Billroth să-și recunoască greșeala, căci a închis ochii cu trei ani înaintea primei reușite de sutură a unei plăgi a inimii.

Sînt situații cînd opoziția față de nou nu este legată nici de îndoieli cu privire la veridicitatea lui și nici de conservatorism din partea acelora ce nu vor să-și schimbe metodele de lucru. Uneori, refuzul se bazează pe criterii de ordin moral, ce nu sînt întotdeauna justificate. Cunoscutul fiziolog Magendie, la cîteva luni de la demonstrarea irefutabilă a posibilității anesteziei generale, exclama în fața Academiei Franceze de Științe: „*După toate acestea există însă o morală și eu protestez. Suferința în cursul operației nu mai convine respectabililor domni; ei uită că durerea e o necesitate a naturii și vor să opereze persoane care sînt pradă beției cu eter. Ce nesocotință și ce imoralitate! Cine a auzit ca un chirurg să fi operat un om beat? Și apoi, ce vrea să însemne a face insensibil? Nimic altceva decît a reduce pacientul la un cadavru! Așadar, a opera cadavre* [. . .]". Această atitudine a lui Magendie ne face astăzi să zîmbim cu îngăduință. Nu același sentiment îl încercăm cînd adversitatea se bazează numai pe spirit de frondă și nu cedează nici în fața evidenței. Ideile lui Harvey, care a făcut epocala descoperire a circulației sanguine, deschizînd orizonturi noi (*Exercitio anatomica de motu cordi*, Frankfurt, 1628), a stîrnit o reacție violentă în momentul cînd dogmele galenice erau încă în vigoare. S-au produs

polemici aprinse în toate centrele medicale din Europa. La Paris, adversari neînduplecați au fost cunoscutul anatomist Riolan și decanul facultății, Guy Patin. La facultate era chiar interzis să se vorbească despre descoperirea lui Harvey. Amploarea bătăliei reiese și din zicala *„Malo cum Galeno errare, quem Harveii veritatem amplecti"* (mai bine greșesc cu Galen decît să-i dau dreptate lui Harvey). Guy Patin s-a stins din viață mîndru că a rămas un *anticirculatores*.

Care trebuie să fie poziția medicului, în cazul nostru al chirurgului, față de nou? Ne-o spune cineva din afara medicinii, filozoful Francis Bacon, încă în 1628 *(Novum Organon)*, referindu-se la disputa în jurul lui Harvey: *„În unii oameni există porniri pentru admirația nețărmurită a lucrurilor vechi, alții se avîntă fără rezerve înspre orice nou, puțini pot rămîne pe drumul just de mijloc, fără a distruge ceea ce înaintașii noștri au clădit bun și fără a disprețui inovațiile contemporanilor"*. Aceasta înseamnează apreciere obiectivă a noului, a acceptării de principiu pînă la afirmarea lui și, în același timp, luptă nu numai împotriva a ceea ce s-a învechit, ci și a ceea ce se învechește sub ochii noștri.

În încheiere, din cele prezentate în acest capitol se degajă importanța personalității în pregătirea operației. De-a lungul anilor, în permanentă înfruntare cu adversități, chirurgul își desăvîrșește personalitatea, care dobîndește un caracter plurivalent, cu un pronunțat specific profesional. Însușirile cîștigate îi permit să treacă cu succes de la gîndirea creatoare la opera de artizanat, care este intervenția operatorie.

În profesiune, chirurgul evoluează cu ochii larg deschiși și cu gîndirea constant în alertă, în ajunul operației închide însă ochii, își adună gîndurile și face eforturi de anticipare. Sînt momente de maximă încordare, cînd își mobilizează toate resursele intelectuale în pregătirea mintală a intervenției. Dar, o dată ajuns la masa de operație, deschide bine ochii și merge mai departe, cu bisturiul în mînă, hotărît și stăpîn pe situație, demonstrînd de data aceasta capacitatea sa de meșteșugar.

7

ÎN SALA DE OPERAȚIE

Cînd mă pregăteam să redactez acest capitol, m-am gîndit la Émile Forgue (1939), care, după o îndelungată activitate chirurgicală, se adresa tinerilor chirurgi încă la început de carieră: „*La polul opus al vieții chirurgicale — situație în care mă aflu acum și eu — este un demers tentant pentru un operator să se întoarcă spre anii îndelungați de practică și să încerce să degajeze învățămintele cîștigate. Experiența, s-a spus, este un lucru personal. Din contră, eu cred că ea are datoria să fie comunicativă*".

În acest spirit am căutat să scriu ultimul capitol din lucrare, bazat pe observații personale și meditații, cu scopul de a pătrunde mai în profunzime, în înțelegerea multiplelor situații legate de intervenția chirurgicală. Există desigur numeroase tratate de tehnică chirurgicală, conținînd descrieri precise și foarte detailate privind tratamentul operator al diferitelor boli, dar totul este tratat în chip analitic. Nu există însă nicăieri un capitol aparte, referitor la ceea ce este comun variatelor operații. Așa fiind, mă voi limita doar la cîteva aspecte de ordin general, prezentate mai degrabă în spirit sintetic, cu privire la desfășurarea intervențiilor, la regulile și principiilor ce trebuie respectate. Mai întîi însă consider bine venite cîteva observații asupra condițiilor în care operatorul își derulează activitatea.

Desfășurarea activității în sala de operație poate fi privită mai de departe sau mai de aproape. De departe impresionează în chip neplăcut agitația și forfota, ca și intrările și ieșirile precipitate din sală. Este ceea ce se petrece în cazul unor intervenții de amploare, unde se ridică probleme mai greu de rezolvat, de natură să pună la încercare capacitatea și nervii întregii echipe operatorii. Nu este vorba aici numai de efectele negative pe plan estetic, cît mai ales, de consecințele prejudiciabile pentru însăși evoluția cazului operat. Să exemplific cu o relatare.

În fața unei comisii convocate *ad hoc* cu ocazia prezenței la Timișoara a unei personalități venite într-un control al activității pe un front mai larg — producție, învățămînt, ocrotirea sănătății — a fost adus în discuție proiectul spitalului județean, care adăpostește în prezent mai multe clinici universitare. Sînt peste douăzeci de ani de la momentul evocat. Personalitatea în cauză a examinat proiectul și ne-a spus că socotește că sînt prea multe săli de operație. Și-a exprimat părerea că sălile de operație nu sînt folosite din plin și că, procedîndu-se ca în industrie, activitatea s-ar putea desfășura în două schimburi, ceea ce ar reduce numărul sălilor. Eram în acea vreme rectorul Institutului de Medicină și am crezut de datoria mea să răspund. Am spus că o sală de operație se autosterilizează în cursul nopții și că dimineața atmosfera este,

practic pură. Pe măsură ce se desfășoară activitatea și se intețește circulația în sală se produc curenți, care fac să plutească în atmosferă tot felul de impurități și de germeni microbieni. De aceea, programul operator trebuie să înceapă cu intervențiile unde riscul de infecție este mai mare, unde se impune deci cea mai strictă asepsie. Sînt lăsate la urmă intervențiile de mai mică amploare, cînd o eventuală infecție este mai puțin prejudiciabilă vindecării. Am argumentat citînd experiențe devenite clasice: așezîndu-se cutii Petri cu medii de cultură printre instrumentele folosite la operație, în aceste cutii s-au dezvoltat culturi microbiene. Reduse la începutul ședinței operatorii, culturile microbiene devin mult mai numeroase la sfîrșitul programului. În aceste condiții am spus că se consideră că un program operator nu trebuie să dureze mai mult de 6—8 ore. Argumentația a fost înțeleasă și s-a aprobat proiectul blocului operator, prevăzut cu vizoare, pentru a se putea urmări din exterior toată activitatea din sală.

Această problemă a purității atmosferei din sala de operație a dat loc la numeroase discuții. S-a ajuns să se preconizeze asepsia integrală a sălii, profitîndu-se de noile posibilități de rezolvare tehnică. Este însă aceasta absolut necesară? Pasteur nu acorda o semnificație deosebită suspensiilor și germenilor saprofiți care plutesc în aer. Acest lucru este valabil pe un plan mai general, dovadă leziunile care se vindecă atît de simplu în afara spitalelor, dovadă, de asemenea, faptul că la un moment dat chirurgii operau la domiciliul bolnavilor, unde riscul de infecție era mai mic. Din acest punct de vedere, în cazul sălilor de operație se pun două probleme, una referitoare la persoanele care intră în sală venind din medii neinfectate, cealaltă a celor ce vin din medii mai mult sau mai puțin infectate și aduc cu ei germeni patogeni. Or, în spitale, purtătorii de germeni sînt relativ numeroși. De aici, măsuri speciale care trebuie să se ia în toate cazurile și care trebuie respectate întocmai. În principiu, în sala de operație nu trebuie permisă intrarea decît a celor ce participă nemijlocit la efectuarea intervenției. În afara echipei operatorii, special pregătită, personalul ajutător, cît mai redus posibil, trebuie să fie și el înveșmîntat steril, de la cap la picioare, cu mască pe față. Apoi, circulația trebuie restrînsă la minimum. În aceste condiții se pot obține rezultate foarte bune în orice sală de operație corespunzător dotată. Chirurgul nu-și poate alege sala de operație. El lucrează de cele mai multe ori, de la începutul pînă la sfîrșitul carierei în aceeași sală. Dar trebuie să impună o disciplină de fier și să fie un exemplu de fermitate și de intransigență față de orice abatere, cînd se pune problema prevenirii infecțiilor.

Am vizitat numeroase clinici și am fost de cele mai multe ori impresionat de ordinea și disciplina ce domnea în sălile de operație. La început de carieră — aceasta înaintea celui de al doilea război mondial — am asistat la operații prezentate unui grup de medici, plasați cu toții pe o estradă, nu departe de masa de operație. În aceste clinici, secțiile aseptice erau complet separate de cele septice, mișcarea redusă la minimum, iar tăcerea aproape completă. Din cînd în cînd, cîte un simplu cuvînt adresat de chirurg ajutorului sau scurte observații adresate spectatorilor, destinate unei mai bune înțelegeri a desfășurării timpilor operatorii. De atunci, lucrurile s-au schimbat. Personalul medical al serviciului și studenții urmăresc din afară operația și primesc explicații cu microfonul din partea operatorului sau din partea cadrelor didactice, care pot face și scheme pe o tablă din spațiul anexat vizorului. Mobilierul sălii s-a redus, sursa de lumină este mai bună, pereții sălii sînt căptușiți în întregime cu faianță, uneori în culori mai puțin obositoare pentru

ochi. Dar ceea ce a rămas și continuă să fie respectate cu intransigență sînt ordinea și disciplina.

De-a lungul anilor s-a schimbat în bine și comportarea echipei operatorii. În condițiile de lucru de altădată, cînd anesteziile generale lăsau de dorit, cînd se practicau intervenții abdominale sub anestezie locală, uneori insuficientă ca eficacitate sau în rahianestezie, prea scurtă ca durată uneori, intervențiile de anvergură ridicau probleme ce puneau la încercare nervii operatorului, compromițînd echilibrul și deplina armonie în desfășurarea operației. De aici, enervare, apostrofări din partea chirurgului la adresa colegilor din echipă sau a personalului ajutător din sală. Mai ales în cazul temperamentelor colerice. Astăzi se lucrează în alte condiții. Mijloace moderne de anestezie permit efectuarea intervențiilor într-o deplină coordonare a gesturilor operatorilor, în calm și liniște deplină. Chirurgul nu mai este prestidigitatorul de altădată, care acționează pripit, ci gînditorul care își conduce acțiunile cu precizie și dezinvoltură. Astăzi nu mai este îngăduit chirurgului să-și apostrofeze ajutoarele, iar enervarea este apreciată defavorabil și prejudiciabilă pentru bolnav. Mai cu seamă impresionează neplăcut lipsa de sportivitate a chirurgului cînd impută ajutoarelor deficiențe care îi sînt proprii.

Privind de la distanță desfășurarea operației, o impresie neplăcută o poate face și ținuta membrilor echipei operatorii. Gesturile trebuie să fie naturale, neforțate, iar atitudinea cît mai degajată. Sub acest aspect poate fi citat C. I. Ghițescu: *„Am sfătuit întotdeauna pe elevii noștri să se obișnuiască a ține în timpul operației coatele lipite de corp. Mișcările chirurgicale trebuie să se petreacă — întocmai ca la scrimă și la călărie — mai mult din încheieturile pumnilor și ale degetelor, decît din ale coatelor și umerilor. Gesturile cîștigă astfel în eleganță și precizie, iar atingerile septice sînt mai ușor de înlăturat"* Ținuta chirurgului, de data aceasta ca înfățișare, poate fi foarte supărătoare, atunci cînd la mișcările dezordonate se adaugă și un halat pătat de sînge, cîmpuri mînjite și ele, datorită deficiențelor în hemostază sau ruperii firelor de ligatură, după cum impresionează neplăcut și compresele deja folosite, împrăștiate pe jos, în jurul mesei de operație. *„Sînt greșeli de care te dezbari lesne, împotriva altora lupți o viață întreagă. În învălmășagul lucrului, de pildă, îți trebuie o strașnică stăpînire de sine pentru ca să arunci drept în găleată compresa însîngerată, care nu îți mai folosește, în loc să o azvîrli pe pardoseală, ori pe unde se întîmplă [...] Găleata să fie la îndemînă pentru a primi compresele murdărite; învățați-vă să le aruncați chiar în ea și nu pe jos, la întîmplare. Aceasta este mai întîi o chestiune de curățenie și de ocrotire a mediului în care operați, iar apoi o deprindere folositoare, căci cuprinde mlădiere și răbdare. Amîndouă duc la înstăpînirea meșteșugului"*, spune J. Okinczyc într-o excelentă broșură intitulată *Regulile mărunte ale chirurgiei desăvîrșite.*

Meșteșugul în chirurgie se exprimă, mai presus de toate, în modul cum chirurgul conduce operația și asigură deplina ei reușită. Am văzut în capitolul precedent în ce constă pregătirea psihică a operației, zbuciumul chirurgului, înaintea unei intervenții de mare anvergură, cît și efortul pe care îl face pentru a anticipa mintal desfășurarea operației și a prevedea producerea eventuală a unor accidente. Acum gîndirea devine acțiune și își spune cuvîntul execuția.

Intervenția chirurgicală ia naștere în intelect, este efectuată cu ajutorul mîinilor și este în permanență subordonată gîndirii. În cele mai multe cazuri, cînd chirurgul ia în mînă bisturiul, planul operației este deja elaborat mintal. Acest plan, de ordin strategic, nu ridică nici o problemă în operațiile mici și mijlocii, și nici în unele intervenții mari, unde timpii operatori se succed într-o anumită ordine, precisă și dinainte stabilită. Este, de exemplu, cazul operațiilor

pe glanda mamară sau pe tiroidă. Se pot pune probleme privind efectuarea cît mai satisfăcătoare a timpilor operatori, dar ordinea în care aceștia se succed nu este perturbată și nici nu se produc dereglări de natură să compromită operația. În cazul marilor intervenții abdominale sînt însă și situații cînd planul strategic nu poate fi stabilit decît o dată laparotomia efectuată, din cauza împrejurărilor neprevăzute în fața cărora se poate afla chirurgul. Chiar și calea de abord poate constitui o problemă, oferind posibilitatea de a alege. Acest lucru poate fi ilustrat prezentînd preferințele chirurgilor cu care am colaborat pentru o anumită cale de acces, iar ca exemplu pentru demonstrare pot fi luate inciziile pentru intervențiile pe colecist. Ion Făgărășanu, primul titular al Clinicii I Chirurgicale din Timișoara, în anii care au urmat celui de-al doilea război mondial, folosea de preferință incizia transversală tip Sprengel, care dă o lumină foarte bună asupra regiunii inferioare a ficatului, dar refacerea peretelui cere răbdare și meticulozitate. Urmașul său la catedră, Alexandru Pop, practica incizia Pribram, secționînd tegumentele și marele oblic deasupra rebordului costal, iar micul oblic și transversul sub acest rebord. Incizia oferă un larg acces pe vezicula biliară, iar refacerea peretelui muscular în straturi care nu se suprapun dă multă soliditate cicatricii. I-a urmat la catedră Ion Danicico, care uza sistematic de laparotomia mediană supraombilicală. Ion Mureșan, în serviciul căruia am activat în timpul războiului, folosea atunci numai incizia verticală Péan, pe marginea marelui drept abdominal. În ce îl privește pe Leriche, în serviciul căruia m-am format, acesta practica incizia subcostală Kocher la persoanele obeze, incizia Mayo — Robson la persoanele slabe și longiline, iar mediana supraombilicală numai în caz de diagnostic incert, într-o vreme cînd nu existau mijloacele moderne care permit astăzi o identificare mai precisă a naturii bolii.

Din cele de mai sus reiese posibilitatea pentru chirurg de a opta pentru calea de acces care i se pare de preferat. În monografia *Chirurgia căilor biliare extrahepatice* de I. Țurai și D. Gerota (1957) sînt prezentate 16 tipuri de incizie, iar în volumul *Chirurgia ficatului și a căilor biliare intrahepatice* aparținînd lui I. Făgărășanu și colab. (1967), la capitolul rezecții hepatice sînt prezentate nu mai puțin de 17 modalități de acces pe acest organ și pe anexele sale.

De ce reguli și principii trebuie să țină seama chirurgul în asemenea situații?

Mai întîi, chirurgul nu trebuie să se limiteze la o singură incizie, pe care să o practice sistematic. El trebuie să fie în măsură să recurgă la o incizie sau alta în funcție de cazul în fața căruia se află. O incizie mediană la un bolnav obez, cu unghiul epigastric larg deschis și vezicula biliară proiectată lateral este nepotrivită. Am văzut chirurgi chinuindu-se mult în asemenea situații. Eu însumi am înregistrat unul din cele mai usturătoare eșecuri, din fericire mai mult pe plan psihic pentru mine, decît ca prejudiciu adus operatului.

Mi-a fost adresat un bolnav cu diagnosticul de cancer al colonului, situat în vecinătatea unghiului drept al transversului. Prezenta pe radiografie o imagine lacunară, iar local se percepea o formație tumorală sensibilă la palpare. Am acceptat diagnosticul fără a-l pune la îndoială, ceea ce a fost o primă greșeală. Bolnavul era obez și, bazîndu-mă pe diagnosticul pus, am practicat o laparotomie supraombilicală mediană. La explorare, colonul transvers a putut fi ușor mobilizat, dar nu prezenta nici o leziune, în schimb palparea, deosebit de anevoioasă din cauza obezității și a inciziei prost plasate, nu a permis o explorare pe deplin satisfăcătoare. Am constatat existența unui proces tumoral la nivelul veziculei biliare. Ținînd seama de rezultatele foarte sumbre în operațiile pentru cancer vezicular, chiar și în cazurile operate precoce, aici fiind vorba de leziuni extinse, am închis, considerînd cazul ca inoperabil. Evoluția ulterioară a fost însă favorabilă și s-a precizat diagnosticul de litiază bi-

liară, prognosticul meu dovedindu-se inexact. Dacă aș fi practicat o incizie subcostală aș fi putut aprecia mai just situația. Familia a fost foarte fericită cînd, cîțiva ani mai tîrziu, bolnavul a eliminat un voluminos calcul biliar, printr-o fistulă largă colecisto-duodenală, și s-a făcut bine. Eu însă am ieșit puțin lezat din toată această poveste.

În al doilea rînd, chirurgul trebuie să fie gata în orice moment să mărească incizia dacă întîmpină greutăți în cursul efectuării operației. Am văzut atîția operatori trudindu-se și pierzînd mult timp din cauza unei incizii prea mici. La nevoie, o laparotomie supraombilicală poate fi prelungită pînă spre pubis și atunci toată cavitatea abdominală poate fi explorată. În loc de a prelungi incizia sub ombilic, se poate branșa o secțiune laterală a peretelui spre unul din hipocondri. Toate inciziile menționate mai sus pentru explorarea ficatului și a căilor biliare pot fi lărgite. Incizia Sprengel poate fi prelungită spre stînga, dincolo de linia mediană, sau spre dreapta pînă la rebordul costal, iar de acolo într-un spațiu intercostal, transformînd-o într-o toracofrenolaparotomie. În cazul inciziei Pribram, unul din capete poate fi prelungit în jurul apendicelui xifoid, realizînd o semiogivă, iar celălalt capăt poate coborî spre fosa iliacă dreaptă. În fond, în intervențiile pe abdomen, deoarece aici se pun asemenea probleme, pot fi practicate incizii verticale, orizontale, oblice, șerpuite sau cudate, care toate permit refacerea peretelui în condiții satisfăcătoare de către un chirurg grijuliu în execuție, cu multă experiență și, mai cu seamă, armonios format. Oricum, trebuie reținut că nu se poate concepe o intervenție abdominală majoră fără un acces bun în regiune, care să ușureze manoperele și tratarea corectă a leziunilor.

Trebuie, apoi, luată în considerare și latura estetică a cicatricei ce rezultă după operație. Cicatricea parietală depinde de grija cu care au fost refăcute planurile musculare, în timp ce cicatricea cutanată este condiționată de mult mai mulți factori: de dispoziția fibrelor elastice ale pielii, de mobilitatea tegumentelor, de așezarea cicatricii într-o cută a pielii, de orientarea ei față de caracteristicile morfologice ale regiunii. Îndeosebi, trebuie acordată toată atenția laturii estetice în intervențiile pe față sau gît, în locuri expuse vederii, uneori și în locuri mai puțin expuse privirii. La tinerele femei, inciziile periareolare sau submamare sînt de preferat, cînd chirurgul poate alege, pentru că sînt mai ușor acceptate. De asemenea, la o persoană tînără este mai avantajos să se recurgă la incizia Pfannenstiel, față de laparotomia mediană subombilicală, în intervențiile ginecologice curente. Pe de altă parte, nu este cu nimic dezonorant pentru chirurg ca, înainte de a practica incizia, să însemne traiectul ei cu un vîrf de ac pe tegument, ca, de exemplu, în operațiile pe gît. În ce mă privește, am ținut întotdeauna seama de latura estetică, chiar și acolo unde aceasta trece în general pe plan secundar. Aici pot cita un exemplu amuzant.

Într-o zi am fost solicitat să operez o personalitate străină, în trecere prin Timișoara, suferind de litiază biliară. Urma ca, după vizita din țară, să fie operat la Lyon de către Mallet-Guy, considerat în acea vreme ca unul din marii specialiști europeni în intervențiile pe căile biliare și pe pancreas. O complicație neprevăzută — ocluzie acută a cisticului cu hidrocolecist — a necesitat internarea de urgență și practicarea intervenției în localitate. S-a putut aștepta ca medicul personal al pacientului să vină cu avionul la Timișoara, să supervizeze operația. Totul a decurs în cele mai bune condiții și operatul s-a vindecat cît se poate de simplu. În asemenea situații recurg la secțiunea musculaturii imediat sub rebordul costal, în maniera lui Kocher, dar practic incizia tegumentelor deasupra rebordului, imprimîndu-i o linie arcuită, cu concavitate inferioară, mult mai estetică decît incizia rectilinie sub rebordul costal. După cîțiva ani, la o nouă trecere prin Timișoara, fostul meu operat mi-a povestit că în cursul unei călătorii într-o țară din centrul Africii, și-a expus cicatricea unor șefi din localitate, care au privit-o cu admirație, dar și cu multă invidie.

O dată creată o bună cale de acces, se merge mai departe în vederea realizării obiectivelor intervenţiei respective. În desfăşurarea operaţiei intervin elemente de ordin strategic, tactic şi tehnic. În tratatele de tehnică chirurgicală se insistă mai mult asupra tacticii şi tehnicii operaţiei fără ca semnificaţia termenilor să apară întotdeauna cu claritate. Pentru o mai bună înţelegere a termenilor cred că este bine să pornesc de la două exemple, unul mai simplu, altul mai complex.

Primul exemplu este acela al unei tinere persoane suferinde de litiază biliară, care solicită intervenţia din cauza crizelor foarte dureroase manifestîndu-se la intervale scurte de timp. Chirurgul acceptă să intervină întrucît colecistografia confirmă existenţa unei microlitiaze, unde migrările de calculi pot antrena variate complicaţii. Fiind vorba de o tînără sveltă, se alege drept cale de abord incizia Mayo-Robson, care permite un bun acces pe veziculă şi pe coledoc. O dată laparotomia efectuată, se aşează depărtătoarele şi se trece la explorarea regiunii. Vezicula este liberă, plină de calculi, nu sînt aderenţe, cisticul apare uşor dilatat, iar explorarea coledocului este negativă. Avînd de ales, chirurgul se decide pentru colecistectomia retrogradă, mai elegantă, mai uşor şi mai rapid de efectuat decît cea anterogradă, în cursul căreia disecţia se face de la fundul veziculei spre cistic, de unde riscul de a provoca migrarea unui calcul prin cistic în coledoc. În aceste condiţii, după disecţia cisticului, ca prim timp al colecistectomiei, operatorul aşează o ligatură provizorie pe canal şi, cu ajutorul unui ac bont, practică o colangiografie peroperatorie, destinată să verifice absenţa de calculi în calea biliară principală. Abia după aceea practică ligatura şi secţiunea cisticului, trece apoi mai departe, pune o ligatură şi secţionează artera cistică, astfel că îndepărtarea veziculei se poate efectua fără dificultate şi termină cu peritonizarea. În acest caz, alegerea căii de acces, decizia de a practica o colecistectomie retrogradă, ca şi hotărîrea de efectua colangiografia, aparţin planului general de conduită al operaţiei, deci planului strategic, în timp ce disecţia şi eliberarea cisticului, ligatura şi secţiunea arterei cistice, ca şi efectuarea colangiografiei reprezintă manevre tactice, care se încadrează în planul strategic. Dar toate acestea se bazează pe un anumit instrumentar şi pe procedee de ordin tehnic, precum secţiuni de ţesuturi, ligaturi, puncte de sutură şi noduri, fără de care nici o intervenţie chirurgicală nu este posibilă.

Cel de-al doilea caz se referă la un cancer al colonului descendent, diagnosticat clinic şi confirmat radiologic. În acest caz, chirurgul alege drept cale de acces o laparotomie verticală de-a lungul marginii externe a marelui drept stîng, iar lungimea o stabileşte în funcţie de morfologia bolnavului, cu posibilitatea de a o prelungi spre arcada crurală sau spre rebordul costal. Incizia parietală efectuată, se trece la explorarea intraabdominală. Tumora este relativ mobilă, nu se percep ganglioni limfatici măriţi de volum şi nici metastaze peritoneale sau hepatice. Cea mai simplă soluţie în cazul adus în discuţie ar consta în mobilizarea colonului, urmată de rezecţie segmentară, cu restabilirea continuităţii prin anstomoză termino-terminală. Deci, o colectomie ideală. În cazul unei anastomoze mai puţin satisfăcătoare, chirurgul se gîndeşte, cu anticipaţie, la un anus de protecţie pe colonul transvers sau la o cecostomie, iar dacă dificultăţile s-ar dovedi mai mari şi intervenţia mai laborioasă, soluţia, după rezecţie, în locul unei anastomoze ar fi un anus pe capătul proximal al colonului, în ideea unei intervenţii ulterioare de restabilire a tranzitului normal al intestinului. Pentru un chirurg cu multă experienţă, colectomia segmentară nu reprezintă însă rezolvarea cea mai bună cu privire la o vindecare de durată. Stăpîn pe meşteşug, acesta îşi asumă conştient unele

riscuri și se hotărăște pentru o intervenție de mai mare amploare, care este colectomia totală stîngă. Descoperă fața anterioară a aortei, leagă artera mezenterică inferioară la origine, vena mezenterică inferioară la nivelul pancreasului, mobilizează unghiul splenic al colonului și practică o rezecție a întregului colon stîng, cu îndepărtarea peritoneului parietal, al mezoului și ganglionilor, terminînd cu o anastomoză a transversului cu rectul. De data aceasta, planul strategic este mult mai complicat, manevrele tactice mai numeroase, iar procedeele tehnice mai variate și mai delicate. Dar în acest mod procedează un chirurg cu experiență în acest domeniu, cu gîndul mai puțin la eventualele riscuri, cît la interesul suprem al bolnavului care i s-a încredințat.

Planul strategic cuprinde intervenția chirurgicală în întregul ei, de la incizia peretelui pînă la refacerea lui. El poate fi stabilit de la începutul intervenției, iar aceasta se poate desfășura fără oprire dacă leziunea de tratat nu modifică morfologia normală a țesuturilor. Este, de exemplu, cazul unei simpatectomii abdominale. De cele mai multe ori însă, în intervențiile abdominale majore, după laparotomie, urmează explorarea intraabdominală, marcînd momentul cînd se stabilește sau se rectifică planul strategic.

Sînt însă și cazuri cînd planul strategic nu poate fi stabilit nici după laparotomie, din cauza aderențelor fibroase sau inflmatatorii care maschează leziunile. Este cazul, de exemplu, al unei reintervenții pe căile biliare. Trebuie secționate aderențe, practicate decolări, pentru a se evidenția coledocul sau duodenul. Uneori este necesar să se efectueze și colangiografie prin puncția canalului biliar principal. Numai după aceea se poate stabili exact conduita de urmat.

În cele mai multe cazuri, planul strategic reprezintă un proces intelectual de gîndire pură. Numai în unele situații complexe, pentru elaborarea lui sînt necesare și manevre tactice, destinate să permită o apreciere exactă a situației locale. Manevrele tactice se bazează întotdeauna pe gîndire în acțiune și corespund timpilor operatori, descriși cu detalii în manualele de tehnică operatorie. Într-o tiroidectomie, incizia, descoperirea organului, ligatura pediculilor vasculari, exereza de țesut se realizează toate prin manevre tactice, unde creierul, ochiul și mîna își aduc din plin contribuția, gîndirea continuînd să dețină rolul principal. În ce privește procedeele tehnice — modul cum se fac nodurile, cum se efectuează suturile, cum se folosesc foarfeca boantă sau tamponul montat pe pensă pentru decolări — acestea sînt acțiuni ce devin automate prin exerciții și reflectă, grație deprinderilor create, manualitatea chirurgului. Prin exerciții repetate, tînărul chirurg ajunge relativ repede să facă nodurile cu iuțeală și eleganță, depășind chirurgul mai în vîrstă. Exercițiile pot avea loc și în afara sălii de operație, cu materiale improvizate, ca ața simplă, în vederea însușirii diferitelor modalități de a face nodurile, o pensă în plus pentru exersarea ligaturilor sau un port ac pentru efectuarea unei suturi pe o pînză sau o compresă. Sînt antrenamente la care recurg viitorii chirurgi, în grup sau izolat. Carrel, care a fost cel mai prestigios experimentator în chirurgie, reușind suturi vasculare și grefe de organe la începutul acestui secol, obișnuia să facă stagii în atelierele cusătoreselor din Lyon, pentru a-și însuși cît mai bine arta cusătorilor. Manevrele tactice se învață însă mai greu și numai în sala de operație. Puțini sînt astăzi chirurgii care fac exerciții pe cadavre, în cursul autopsiilor sau în sălile de disecții al institutelor de anatomie. Experiența în acest domeniu se cîștigă prin practică în sala de operație, și aceasta mai mult în calitate de operator. Cît despre planul strategic

acesta se insușește cel mai greu și reflectă virtuozitatea chirurgului, la care se ajunge numai la maturitate, cînd își spune mai mult cuvîntul înțelepciunea chirurgicală. Abilitatea manuală ia naștere din exerciții, manevrele tactice din practică operatorie, în timp ce înțelepciunea vine din viață.

Cu privire la desfășurarea intervenției chirurgicale, dincolo de detaliile legate de fiecare operație în parte, se pot face unele observații de ordin general, privind mai mult forma decît conținutul. Sub acest aspect se ridică problema clarității, a cursivității și ritmului, cît și ponderea abilității manuale, aceasta din urmă evaluată în mod diferit de către chirurgi, față de persoanele din afara chirurgiei.

Claritatea operației este în funcție de hemostază. În orice operație se secționează vase, mai mici sau mai mari, care sîngerează, iar modul cum caută să stăpînească hemoragia reflectă cel mai bine stilul operatorului. Pe vasele mai mici se pun pense și hemostaza se asigură prin ligaturi. Sînt operatori care nu lasă să se adune pensele în plagă, deoarece acestea, în număr prea mare, jenează buna desfășurare a intervenției. ai mult chiar, cînd este vorba de vase ceva mai mari, acestea se secționează între două ligaturi. Apoi, compresele de izolare se schimbă cînd sînt murdărite, ca și mănușile de ață cînd sînt prea îmbibate de sînge. Astfel, cîmpul operator se menține curat, totul este clar, iar intervenția cîștigă în frumusețe. În condițiile în care se operează astăzi se poate efectua o hemostază îngrijită, lucru pe care nu îl puteau face altădată chirurgii, în lipsa anesteziei și a metodelor moderne de reanimare. Există totuși și în prezent chirurgi care se grăbesc, care nu acordă suficientă atenție hemostazei, considerînd că sîngele pierdut poate fi înlocuit ușor. Am văzut chirurgi care nu puneau nici o pensă pe vasele secționate în cursul inciziei, aplicînd repede comprese mari pe tranșa de secțiune a peretelui și fixînd aceste comprese de izolare cu depărtătoarele. Operațiile desfășurate în aceste condiții produc o impresie negativă și nu fac să crească prestigiul chirurgului în ochii cunoscătorilor, chiar dacă a terminat operația într-un timp record, căci nu este tot una să împiedici pierderea de sînge sau să lași în grija reanimatorului să compenseze această pierdere.

Un caz aparte îl constituie situațiile unde se produc hemoragii masive, care pun în pericol imediat viața bolnavului. Aceasta se poate datora lezării unui vas mare, cum este vena cavă, la care poate fi aderentă o tumoră, sau hemoragiilor profunde din intervențiile în zone cu numeroase vase de neoformație. Printre variatele situații dramatice la care am asistat în cursul unei îndelungate cariere, una dintre ele m-a impresionat în mod deosebit, deoarece s-a datorat unei erori în elaborarea planului strategic al operației. S-a intervenit asupra unui bolnav, relativ tînăr, prezentînd o splenomegalie prin hipertensiune portală. Tumora era voluminoasă, dar bolnavul slab, iar operatorul, convins că va putea exterioriza tumora, a intervenit pe cale mediană supraombilicală. După efectuarea laparotomiei a prelungit incizia mult sub ombilic și a început mobilizarea splinei, care era însă aderentă de peretele abdominal posterior și de diafragmă. Și așa a început pierderea de sînge și lupta împotriva hemoragiei. Situația a devenit repede dramatică. Nu se puteau pune pense, se aplicau comprese largi, dar la ridicarea lor hemoragia se declanșa din nou. Așa fiind, încetul cu încetul, bolnavul a intrat în stare de șoc. La insistențele anestezistului, operatorul a făcut un efort și a reușit degajarea și exteriorizarea organului, lăsînd în profunzime fragmente de țesut. Din fericire, splina prezenta un pedicul lung și hemostaza a putut fi realizată, iar operația a putut fi terminată cu bine, datorită mai mult echipei de reanimare. În acest caz, în momentul cînd s-a constatat existența aderențelor, conduita operației ar fi

trebuit să fie alta. Ar fi fost necesar să se treacă imediat la descoperirea arterei splenice în pedicul sau la distanță de splină și practicată ligatura preventivă. În acest mod, pierderea de sînge ar fi fost mult redusă și operația ar fi durat mai puțin. În ce privește calea de abord într-un asemenea caz, incizia subcostală prelungită spre flanc, cu rezecția coastei a XI-a sau a XII-a, este de preferat întrucît oferă un acces mult mai bun spre fața posterioară și subdiafragmatică a splinei. Toate acestea țin de planul strategic, în elaborarea căruia greșelile se plătesc scump. Un chirurg cu experiență în acest domeniu și mai ascuțit la minte evită asemenea greșeli. Claritatea în idei asigură și claritatea operației.

În ce privește cursivitatea și ritmul în desfășurarea intervenției, se pot face numeroase observații, în spirit critic, destinate să atragă atenția asupra unor probleme de care chirurgul trebuie să țină seama. Între cursivitate și ritm se poate face o diferențiere sub aspect semantic, cel puțin cu privire la intervenția chirurgicală. Cursivitatea se referă la întreaga acțiune, de la început pînă la sfîrșit, cu opriri și accelerări, într-o desfășurare fluentă în timp ce ritmul se referă la perioade mai scurte sau mai lungi, desfășurîndu-se într-o cadență mai rapidă sau mai lentă. Termenii sînt însă apropiați ca înțeles și adeseori se confundă, iar în aprecierea lor sînt necesare unele digresiuni.

În primul rînd este de remarcat faptul că există o mare diferență între modul cum operează un tînăr chirurg — considerînd chirurg pe acela care a început să practice el însuși operații — și un chirurg cu experiență. Tînărul chirurg operează încet, cu ezitări și momente de oprire, într-un permanent efort de concentrare. Aici se pune problema momentului cînd i s-a permis să facă prima operație. Este o problemă greșit înțeleasă de mulți chirurgi alături de care elevii își fac ucenicia. Uneori, în chip de încurajare li se permite prea repede să treacă din stadiul de ucenic în cel de operator. Și atunci se întîmplă,ca, în cursul unei intervenții pe care șeful o anticipează ca ușoară, elevul prea repede promovat să se încurce și să cheme în ajutor. Se poate întîmpla într-o apendicită retrocecală sau în situație anormală. Or, un chirurg trebuie să se poată descurca singur în orice împrejurare, altfel înseamnă că nu este încă temeinic format. În această problemă Okinczyc este foarte categoric: *„Meseria se învață ajutînd, ajutînd mult și bine, mai degrabă decît operînd singur departe de disciplina neînfricată a chirurgilor încercați. Dacă ai ajutat de-a dreptul la 50 de histerectomii, înfăptuite așa cum se cuvine, ești mai în folos decît atunci cînd faci singur și fără pregătire îndestulătoare 50, așa cum dă Dumnezeu! Fac prinsoare că prima operație a asistentului va fi mai bună decît a 51-a săvîrșită de operatorul care n-a ucenicit sub priveghereа pe care o asigură o asistență prelungită"*. Chirurgul cu experiență este mai sigur pe el. Pe măsură ce anii trec, își ridică măestria, găsește mai repede planurile de clivaj și se descurcă mai ușor în complexitatea situațiilor patologice. Aici nu este o problemă de vîrstă, ci de pură experiență, care vine cu numărul cazurilor operate. Operațiile sînt duse cu bine la sfîrșit, mai rapid și cu mai multă siguranță. Economia de timp se face printr-o mai bună planificare a operației, prin perfecta coordonare a mișcărilor, în cadrul echipei operatorii, prin atenția acordată hemostazei, dar mai presus de toate prin capacitatea operatorului.

Problema cursivității și a ritmului poate fi evaluată și cu privire la ceea ce a fost și este astăzi chirurgia. Într-o vreme, lipsiți de posibilitatea de a suprima durerea și de a face față hemoragiei, chirurgii se vedeau constrînși să opereze foarte repede ca să nu-și piardă bolnavii în cursul chiar al inteventiei. Se realizau adevărate recorduri de viteză. Larrey chirurgul lui

Napoleon, termina o dezarticulație de umăr în mai puțin de un minut, dînd dovadă de abilitate și de o neîntrecută experiență în chirurgia de război. Secole de-a rîndul, principala frînă în calea dezvoltării chirurgiei a fost durerea. Ritmul intervențiilor, puține la număr de altfel, se caracteriza prin viteză fără momente de oprire. După descoperirea anesteziei, situația s-a schimbat, dar chirurgii, în virtutea inerției, continuau să opereze repede, cu ochii pe ceasul de pe unul din pereții sălii de operație. În curînd însă s-a produs o profundă transformare în metodica operatorie. În noile condiții de lucru a apărut evident că în cursul intervenției se produce un traumatism nervos și că hemoragia este principala cauză a șocului operator. De aici, o altă conduită și un alt ritm operator, fundamentat mai puțin pe viteză, cît pe precepte fiziologice, aplicate în variatele situații întîlnite în cursul operației. Promotorul noii orientări, la cumpănă dintre ultimele două secole, a fost Halsted, cel mai mare șef de școală din toate timpurile. Noile generații de chirurgi au început să opereze cu mai multă grijă, mai lent în ansamblu, respectînd viața țesuturilor și evitînd pierderea de sînge printr-o hemostază foarte îngrijită. În acest mod s-a produs marele salt care stă la baza chirurgiei moderne, cu marile ei reușite, culminînd între cele două războaie mondiale. Dar metodica lui Halsted, atît de progresistă la vremea ei, a dus și la unele exagerări. Numeroși operatori, mulți ani mai tîrziu, este adevărat, au ajuns să nu se mai preocupe de timp, mai ales în condițiile de lucru oferite de metodedele moderne de anestezie și reanimate, care au început să-și dea din plin roadele după cel de-al doilea război mondial. S-a văzut însă că și timpul este un traumatism și că prelungirea duratei operației prezintă numeroase inconveniente. Au fost efectuate studii, foarte bine documentate, care au arătat că aceeași operație în situații patologice asemănătoare, la bolnavi de vîrstă egală, se soldează cu rezultate mai bune cînd intervenția este mai scurtă. Un nou curent a început să se contureze, constînd într-un ritm mai viu, care să țină seama nu numai de natura operației, ci și de momentul operator. Care trebuie să fie poziția chirurgului în această problemă, mereu în dispută?

În primul rînd, ritmul trebuie să fie adaptat naturii operației. Din acest punct de vedere, operațiile pot fi clasificate în trei categorii: operațiile unde trebuie să te grăbești, operațiile unde se cere să mergi încet și grupul mare al operațiilor curente, care nu necesită un ritm special.

În categoria operațiilor unde ritmul trebuie să fie rapid intră intervențiile la persoane în vîrstă, intervențiile abdominale unde se lucrează în poziție Trendelenburg, cît și urgențele de tot felul — traumatisme însoțite de leziuni tisulare grave sau de hemoragii, abdomene acute, unele complicații infecțioase. Aici este justificată graba, dar obiectivele operației trebuie realizate cu scrupulozitate, indiferent de consumul de timp.

Sînt apoi intervențiile unde trebuie să se opereze încet, cu multă atenție și gesturi bine controlate, cum sînt operațiile pe vasele mari, pe creier sau pe nervii periferici. Îndeosebi în domeniul chirurgiei estetice și plastice se impune un ritm mai lent și multă migală, de la începutul operației și pînă la sfîrșitul ei.

În cea de-a treia categorie, a operațiilor curente, ritmul trebuie să fie viu, pentru ca intervenția să dureze cît mai puțin. Această cerință devine obligatorie în cazul intervențiilor majore, mai ales cînd este vorba de pacienți în stare gravă. Aici nu este vorba de operații contra cronometru, ci de o execuție rapidă, respectîndu-se, în cele mai mici amănunte, tehnica operației respective. Chirurgul nu trebuie să lase impresia că se grăbește, ci să evite pierderea de timp determinată de factori contingenți, de o anestezie deficitară, de mici incidente sau accidente intraoperatorii. Poate fi vorba numai de fire care se

rup, de ligaturi care scapă sau se fac prea încet. Cele mai mari pierderi de timp se datorează accidentelor vasculare, surse de hemoragii greu de controlat uneori, care perturbă cursivitatea operației, prelungesc intervenția și agravează situația. În asemenea împrejurări se poate aprecia cel mai bine capacitatea chirurgului, care previne accidentele, iar cînd acestea survin, își păstrează sîngele rece și le rezolvă cu promptitudine. Chirurgul cu experiență se descurcă mai bine în mijlocul aderențelor, găsește mai ușor planurile de clivaj, prepară cu mai multă grijă pediculii vasculari, conduce operația și o finisează în cele mai bune condițiuni. Toate acestea merită a fi subliniate și repetate.

Rupturile de ritm accidentale, care perturbă grav cursivitatea operației sînt relativ rare în cazul chirurgilor cu vechi state de serviciu. Frecvente sînt însă variațiile de ritm care survin în succesiunea timpilor operatori, în cursul unei intervenții de mai mare amploare. Aceste schimbări de ritm sînt impuse de chirurgi, controlate și perfect stăpînite. Disecția cisticului și ligatura arterei cistice se fac într-un alt ritm decît decolarea și îndepărtarea ulterioară a veziculei. De asemenea, într-o colectomie, mobilizarea colonului se face mult mai rapid decît efectuarea anastomozei, chiar dacă aceasta are loc în suprafață, pe organul exteriorizat. Variațiile de ritm inerente oricărei operații, precum incizia și refacerea peretelui raportate la miezul intervenției, sînt naturale și foarte expresive din acest punct de vedere.

Să mergem însă mai departe și să vedem cum se reflectă operația pe plan estetic, în ochii celor ce îi urmăresc desfășurarea și cu privire la sentimentele pe care le încearcă chirurgul la terminarea ei. Situațiile sînt foarte variate și, din nou, vom pregăti discuția plecînd de la cîteva exemple.

O tînără femeie prezenta o gușă care îi deforma baza gîtului. În ultimul timp apăruseră și manifestări de hipertiroidie: tahicardie, neliniște, pierdere în greutate. S-a indicat intervenția chirurgicală, fundamentată pe diagnosticul de gușă basodovificată. S-au făcut toate pregătirile și operația a avut loc. S-au fixat cîmpurile care delimitau regiunea operatorie. Apoi chirurgul a însemnat viitoarea incizie cu un vîrf de ac, la 2—3 cm deasupra furculiței sternale — incizie transversală, ușor concavă în sus, prelungindu-se lateral pe fața externă a sternocleidomastoidianului. Chirurgul nu părea să se grăbească și a căutat să plaseze cît mai bine incizia, cu gîndul la cicatricea ce va rezulta. Apoi a început operația într-un ritm viu. A incizat tegumentele pînă pe planul muscular, pe care l-a descoperit larg, apoi a disociat numai mușchii pe linia mediană, întrucît gușa nu era prea voluminoasă și nu părea necesară secțiunea lor, a descoperit glanda și a căutat planul de clivaj ca să o elibereze din toate părțile. Apoi ritmul s-a încetinit și timpii s-au succedat respectîndu-se in cele mai mici detalii tehnica: ligatura și secțiunea pediculului superior, ligatura venei tiroidiene mijlocii și a venelor tiroidiene inferioare, urmată de degajarea completă a polului inferior. Pînă aici, totul a decurs fără nici o pierdere de sînge. Acum s-au plasat, pense, lateral și pe ramurile terminale ale arterei tiroidiene inferioare și s-a trecut la rezecția glandei, cu secțiunea istmului, lăsîndu-se o lamă posterioară de țesut glandular. Acest timp operator era sîngerînd. S-au secționat vase care nu puteau fi izolate și au trebuit aplicate pense în număr destul de mare, pînă ce se termina rezecția, care se desfășura într-un ritm viu. S-au practicat ligaturile, s-au apropiat marginile lamei de țesut glandular restant, care s-au suturat, obținîndu-se o hemostază perfectă. S-a refăcut planul muscular, s-au practicat suturi subcutanate îngrijite, prinzîndu-se pielosul, astfel ca buzele plăgii tegumentare să fie în contact și să se poată scoate firele puse pe piele deja după 24 de ore.

Operația practicată de către un chirurg cu experiență a avut cursivitate, ritmul a variat, dar numai cu mici diferențe, iar claritatea a fost perfectă, datorită grijei pentru hemostază. Doar secțiunea parenchimului s-a însoțit de mici hemoragii, cărora li s-a putut ușor face față. Gesturile chirurgului au fost precise și elegante, operația s-a desfășurat fără sacade sau ezitări, într-o tăcere întreruptă numai de cîte un cuvînt pronunțat cu voce joasă. Impresia produsă spectatorilor, în acest caz studenții aflați la vizor, unde un

asistent le dădea explicaţii, a fost copleşitoare, şi sub aspect didactic, şi sub cel estetic. Operatorul le-a apărut tot timpul stăpîn pe sine, stăpîn pe situaţie şi fiecare din gesturile lui părea că răspunde unei comenzi. Această strînsă relaţie între creier şi mînă a apărut în mod deosebit de evident, ilustrînd virtuozitatea chirurgului.

Cel de-al doilea exemplu se referă la un cancer de mamelă, la o femeie de vîrstă mijlocie, relativ obeză. Tumora era de mărimea unei nuci, dură, cu marginile rău delimitate şi piele de portocală. Ganglionii axilari erau duri, măriţi de volum. Diagnosticul a apărut cert încă din primul moment. S-a practicat radioterapia preoperatorie şi bolnava a ajuns pe masa de operaţie. Chirurgul părea contractat şi a purces la o intervenţie care nu l-a atras niciodată. În mare, aceasta poate fi separată în trei părţi: incizia şi ablaţia glandei cu muşchii pectorali, evidarea axilei şi refacerea peretelui. Prima parte a intervenţiei s-a efectuat într-un ritm foarte rapid, a durat însă mult, oricît s-ar fi grăbit operatorul, din cauza numărului mare de vase pe care trebuie puse ligaturi. Hemoragia a fost relativ abundentă, mănuşile şi cîmpurile izolatoare erau mînjite de sînge. O dată terminată această parte a operaţiei, tot sînul acum îndepărtat şi axila deschisă, ritmul intervenţiei s-a schimbat, iar operatorul părea că se relaxează. Vena axilară a fost disecată cu grijă, colateralele legate şi secţionate, şi toată grăsimea din jurul mănunchiului vasculonervos s-a îndepărtat împreună cu ganglionii, pînă subclaviculă. Chirurgul făcea impresia că priveşte cu satisfacţie plaga operatorie, care era întinsă, dar roşie, curată. Pulsaţiile arterei axilare se transmiteau venei, al cărei calibru părea că răspunde fidel mişcărilor respiratorii ale bolnavei. S-a spălat plaga cu ser fiziologic cald şi s-a trecut la închidere, într-un ritm din nou foarte rapid. Studenţii de la vizor, care au urmărit desfăşurarea intervenţiei de-a dreptul îngroziţi la început, parcă s-au înseninat, iar chirurgul părea satisfăcut cînd s-a îndepărtat de masa de operaţie, lăsînd ajutoarele să facă pansamentul.

În fine, cea de-a treia operaţie este o amputaţie de coapsă pentru gangrenă arteritică la un bolnav în vîrstă. Chirurgul ştie că bătrînii amputaţi nu se mai adaptează la această infirmitate, că rămîn cantonaţi într-un fotoliu, profund afectaţi de faptul că devin o povară pentru familie. Dar operaţia este absolut indicată şi chirurgul o practică ca pe o obligaţie de serviciu. Intervenţia este obişnuit ultima din programul operator, se desfăşoară în tăcere şi în ritm foarte rapid, într-o atmosferă de tristeţe şi de compasiune pentru bolnav.

Cele trei operaţii menţionate mai sus au drept caracteristică majoră utilitatea pentru bolnav. Ele transformă o situaţie prejudiciabilă într-o situaţie favorabilă sănătăţii. Sub acest aspect, ele sînt creaţii, simbolizînd în cele mai frumoase culori acţiunile de întrajutorare umană. Duhamel, într-o şedinţă festivă la Academia de Chirurgie din Franţa, aduce un elogiu chirurgilor, referindu-se la această temă: „*Omul care se dedică actului de creaţie preferă aproape întotdeauna solitudinea (artist, poet, scriitor). Dar voi, domnilor, îndepliniţi unul din lucrurile cele mai grele, o acţiune din cele mai îndrăzneţe în lume, şi o îndepliniţi cu uşile deschise. Actul vostru esenţial este unul din acelea pe care îl calific drept creator. Este comparabil cu gestul unui inventator, al unui artist. Am declarat cu altă ocazie: « A conserva este a crea ». Şi spun contemplîndu-vă: « A păstra viaţa, a vindeca, înseamnă a da viaţă, a crea din nou ». Or, acest act creator voi consimţiţi, în virtutea unor nobile şi vechi tradiţii, să îl efectuaţi în public*".

Valoarea utilitară a unei operaţii este în raport direct cu serviciul pe care îl aduce sănătăţii omului. O operaţie pentru lipom al cefei este utilă, o operaţie pentru eventraţie este mai utilă, dar o intervenţie pentru cancer este, de departe, cea mai utilă. Ca grad de utilitate, aceasta din urmă are aceeaşi valoare ca şi o intervenţie pentru perforaţie viscerală sau ocluzie intestinală acută, chiar dacă pericolul vital se situează la o distanţă mai mare în timp.

Să revenim însă la latura estetică a chirurgiei, care reflectă forma, bazată pe modul cum se efectuează munca, în timp ce rezultatul final reflectă

mai mult conţinutul. Sub acest aspect, diferenţele între cele trei operaţii sînt relativ mari. Prima dintre ele impresionează prin acurateţea gesturilor, cursivitatea şi claritatea intervenţiei, sînt urmărite cu interes de la început pînă la sfîrşit, iar rezultatul satisface pe deplin. Intervenţia corectează o diformitate, dar, mai presus de toate, permite vindecarea bolnavei. Aceasta este situaţia şi a altor operaţii soldate cu reuşite, care pot fi comparate cu operele de artă. Frumosul este prezent aproape tot timpul, iar rezultatul final oferă şi mai multă strălucire operei realizate. În cel de-al doilea exemplu, în prima parte a intervenţiei, de ablaţie a sînului, se manifestă urîtul, care aici nu poate fi considerat nici măcar ca o umbră a frumosului. Evidarea axilei care urmează ablaţiei comportă însă gesturi precise, de mare fineţe, cu riscuri în tot momentul de lezare a venei axilare, ai cărei pereţi sînt aproape transparenţi. Acum sentimentul pe care îl încearcă privitorul nu mai este de respingere, ci de încîntare, iar o dată evidarea terminată, îşi face loc un sentiment de admiraţie. În ce priveşte cea de-a treia operaţie, ca şi în cazul altor intervenţii mutilante, urîtul se manifestă aproape pe tot parcursul. Aici însă, negarea frumosului are loc în numele vieţii. În chirurgie, frumosul şi urîtul se pot întîlni în cursul aceleiaşi operaţii, dar obiectivul etic este cel care se situează întotdeauna pe primul plan. Aprecierea estetică are loc în sălile de operaţie, în cursul desfăşurării intervenţiei, pentru că cicatricea tegumentară ce rezultă nu este definitorie decît în domeniul chirurgiei estetice şi reparatorii. Realizarea pe plan estetic a obiectivului nu mai poate fi apreciată o dată operaţia terminată şi calea de acces refăcută. Este tocmai contrariul de ce se petrece în artele plastice, unde aprecierea de ordin estetic nu se face în cursul elaborării operei, ci numai după terminarea ei. Nu interesează modul cum pictorul a ţinut în mînă penelul sau sculptorul dalta şi nici modul cum au fost mînuite instrumentele. În chirurgie, emoţiile estetice se produc numai în cursul elaborării operei, în funcţie de măiestria de care dă dovadă chirurgul şi nu persistă decît în amintirea celor ce au asistat la intervenţie. Operatorul încearcă şi el emoţii, dar de altă natură, cînd trebuie să treacă peste obstacole sau să facă faţă unor accidente, iar pentru el aprecierea de ordin estetic are loc în final, doar în caz de reuşită. Dar nu întotdeauna reuşita prilejuieşte sentimente estetice. În schimb, aprecierea de ordin etic este prezentă ori de cîte ori operaţia îşi atinge scopul. Operaţiile mici şi mijlocii sînt duse cu bine la sfîrşit, fără dificultăţi deosebite, iar reuşita mulţumeşte chirurgul şi îi produce mai mult un sentiment de satisfacţie decît unul de ordin estetic. În schimb, intervenţiile de amploare, în care viaţa bolnavului este direct pusă în joc, unde în tot momentul se poate produce o catastrofă, reuşita determină de cele mai multe ori trăiri estetice din cele mai intense. Acesta este cazul cînd un chirurg practică pentru prima dată o operaţie majoră, care îi reuşeşte peste aşteptări, sau cînd rezolvă cu succes un caz complex, ori de mare gravitate. În asemenea situaţii, sentimentele de ordin estetic sînt dublate de un sentiment mult mai profund şi mai durabil, de bucurie şi satisfacţie sufletească pentru ajutorul care a putut fi acordat omului în suferinţă. Fiecare chirurg, îndeosebi spre amurgul carierei, îşi aminteşte cu duioşie de aceste momente puternic trăite. În ce mă priveşte, şi acum, cînd m-am îndepărtat de mai mulţi ani de sala de operaţie, îmi amintesc cu drag de prima mea coledocoduodenostomie, de prima gastrectomie totală, de prima rezecţie de bifurcaţie de aortă abdominală, dar şi de un copil operat în plină peritonită apendiculară, de un traumatism abdominal grav cu ruptură de ficat, de o ocluzie intestinală de ultimă oră. Sînt amintiri care îşi au propria lor viaţă şi cîştigă în frumuseţe pe măsură ce le evocăm.

Din nefericire, nu toate operațiile se desfășoară conform previziunilor iar rezultatul final nu este întotdeauna cel dorit. Se pot produce accidente în cursul operației și se pot pierde bolnavi. În cursul unei hernii inghino-scrotale prin alunecare, vezica urinară poate fi lezată în mod involuntar. Chirurgul își dă seama de greșeală, suturează plaga, aplică o sondă *à demeure* și totul se termină cu bine. La polul opus, într-o intervenție ginecologică, de exemplu, poate fi lezat ureterul, fără ca greșeala să fie observată, iar ulterior nefrectomia devine necesară. Dacă, în primul caz, se poate vorbi de o „plagă" produsă în conștientul operatorului, aceasta se vindecă fără urmă, în timp ce în al doilea caz apar sechele în sufletul chirurgului și rămîne o „cicatrice" indelebilă. Cît despre decese, chirurgul își face probleme chiar și acolo unde nu are absolut nici o vină. Pentru el, orice deces este un caz de conștiință. După o operație de fibrom, dusă cu bine la sfîrșit, în ciuda obezității, cînd evoluția pare satisfăcătoare, iar bolnava fericită, survine pe neașteptate o embolie pulmonară, urmată de deces imediat. În alte situații, evoluția fatală poate fi prevăzută, dată fiind gravitatea bolii sau întîrzierea cu care este efectuată intervenția și totuși chirurgul își face din deces un caz de conștiință. Situația este cu totul alta pentru internist, care acceptă decesul ca ceva firesc, dacă a acordat bolnavului îngrijirile cuvenite și a prescris tratamentul potrivit. Chirurgul se întreabă dacă bolnavul trebuia neapărat operat, dacă a fost bine pregătit pentru intervenție, dacă aceasta a fost corect efectuată, dacă îngrijirea ulterioară a fost cea mai bună. El nu își găsește nici o vină și, totuși, este foarte afectat, mai ales cînd decesul survine curînd după operație și în mod neașteptat. Aceasta este viața de chirurg, de zbucium și îndoială, de calm și fermitate, pe care Robert Soupault o redă cu multă însuflețire, mărturisind că nu vrea să dramatizeze: „*Aș vrea să evit lirismul. Dar înaintea unei catastrofe care se apropie, cînd sîntem pe cale de a pierde un bolnav pe care sperăm să îl vindecăm, situația este una din acelea care nu pot fi imaginate fără a fi fost trăite. Desigur, nu toți trăim momentul cu aceeași intensitate, dar nu este, cred, nimeni care să ignore insomniile, tulburate de examene de conștiință, apeluri telefonice pe care le facem din oră în oră pentru a ne informa, reîntoarcerile grăbite și fără speranță la clinică sau la spital, toate aceste zile otrăvite și înăbușitoare, cu clipe de descurajare și dorință de abandon. Dar rezistăm, fără vreo acomodare profesională care să ne protejeze împotriva acestor rafale. Și, oricît de ciudat ar părea, printr-un straniu fenomen, care nu este altceva decît un echilibru superior, chirurgul continuă, pentru că după o bătălie urmează alta, în fond tot atît de nesigură, în care își regăsește forțele*".



În activitatea din afara sălii de operație, îndeosebi la patul bolnavului, chirurgul își valorifică forța gîndirii, amploarea documentării, cît și experiența acumulată de-a lungul anilor. Pe aceste însușiri se bazează și la masa de operație, unde intervine un alt factor, determinant în reușită, care este îndemînarea operatorului. Problema relației dintre gîndire și tehnicitate, dintre creier și mînă, în rezolvarea cu succes a unei intervenții, nu a fost întotdeauna corect interpretată și merită a fi adusă în discuție.

Pentru a se sublinia participarea manuală în activitatea operatorie, chirurgul a fost comparat cu meșteșugarii și artizanii, iar chirurgia cu meșteșugul și artizanatul. O evaluare comparativă între operator și meșteșugar se poate face, dar nu o identificare. Meșteșugarul activează într-o meserie cu limite mai restrînse, unde problemele de rezolvat sînt mai simple, pre-

gătirea profesională mai ușoară, iar calificarea obținută într-un timp mult mai scurt decît în chirurgie. Un strungar efectuează aceeași muncă, în aceleași condiții de lucru, iar produsele sînt identice, legate de experiența și priceperea lui. Un mecanic auto lucrează la un motor, care este practic identic cu un alt motor de același tip, face muncă de întreținere și de reparare a unor stricăciuni, puține la număr și relativ ușor de remediat. Și unul și altul sînt persoane calificate în propria lor meserie, dar nu pot fi identificate cu chirurgii doar pentru faptul că și aceștia se folosesc de mîini în efectuarea operațiilor. În schimb, termenul de meșteșug poate fi folosit drept calificativ referitor la o intervenție efectuată cu îndemînare și precizie.

Tot așa s-a spus despre chirurg că este un artizan și despre chirurgie că este un artizanat. Artizanul este un meșteșugar care caută să-și înfrumusețeze produsele, iar prin artizanat se înțelege producerea de bunuri lucrate cu artă. Dar aceste bunuri se realizează în serie, cu aceleași materiale și numai rareori forma și ornamentele diferă. Este cazul olăritului, al țesutului de covoare, al obiectelor în lemn sculptat. În chirurgie, activitatea se exprimă în unicate, în situații mult mai complexe și mai variate, iar rezultatele se apreciază mai mult prin conținutul de ordin etic.

În fine, sînt și astăzi mult folosiți termenii de măestrie, virtuozitate și artă pentru a ilustra tehnica înaltă de care dă dovadă chirurgul în cursul efectuării intervenției operatorii.

În chirurgie, prin tehnică se înțelege ansamblul de metode, procedee și reguli, îmbinate armonios, de care uzează operatorul în efectuarea variatelor intervenții sîngerînde. Intervențiile sînt descrise pe larg în tratatele de tehnică operatorie, sînt prezentate principiile călăuzitoare, timpii operatori sînt expuși în detaliu, totul însoțit de figuri explicative din cele mai grăitoare. Tehnicile operatorii sînt foarte variate, uneori același obiectiv poate fi realizat prin mai multe metode, astfel că operatorul are posibilitatea de a alege. Fiecare chirurg manifestă însă unele preferințe, pe care le inculcă și elevilor, iar aceștia își desfășoară activitatea în spiritul maeștrilor. Dar, fiecare, luat în parte, manifestă de-a lungul anilor o anumită mobilitate, care îi face să adopte noi metode sau alte variante în cursul aceleiași metode. Ceea ce nu se schimbă însă sînt unele procedee de ordin tehnic, comune diferitelor operații.

Printre procedeele habituale se situează pe prim plan deprinderile, care reprezintă componentele automatizate ale activității operatorii. În orice operație se practică ligaturi, se fac noduri, se efectuează suturi, care sînt toate deprinderi cu anumite caracteristici. În formarea deprinderilor, precum cele menționate mai sus, se pot identifica mai multe faze. Prima fază este cea de organizare și însușire a deprinderii, unde își spune cuvîntul conștientul. Se stabilește scopul, se aleg mijloacele, se articulează între ele diferitele părți. Este perioada de învățare, care cere uneori un mare efort voluntar, pînă ce deprinderea devine o unitate funcțională. Faza a doua constă în exersarea acțiunii. Prin exersare, deprinderea cîștigă în siguranță și se automatizează progresiv, reducîndu-se tot mai mult rolul conștientului. În faza ce urmează, deprinderea se include în contextul mai larg al activității, în cazul nostru în practica chirurgicală, conferă precizie gesturilor și, prin rapiditatea execuției, duce la economie de timp. În același timp, deprinderea capătă un caracter de stabilitate.

În activitatea operatorie, deși unele deprinderi apar numai ca acte motorii automatizate, ele nu se reduc la sfera motricității. Este vorba de acțiuni psihomotorii, care își perfecționează progresiv partea executorie.

gătirea profesională mai ușoară, iar calificarea obținută într-un timp mult mai scurt decît în chirurgie. Un strungar efectuează aceeași muncă, în aceleași condiții de lucru, iar produsele sînt identice, legate de experiența și priceperea lui. Un mecanic auto lucrează la un motor, care este practic identic cu un alt motor de același tip, face muncă de întreținere și de reparare a unor stricăciuni, puține la număr și relativ ușor de remediat. Și unul și altul sînt persoane calificate în propria lor meserie, dar nu pot fi identificate cu chirurgii doar pentru faptul că și aceștia se folosesc de mîini în efectuarea operațiilor. În schimb, termenul de meșteșug poate fi folosit drept calificativ referitor la o intervenție efectuată cu îndemînare și precizie.

Tot așa s-a spus despre chirurg că este un artizan și despre chirurgie că este un artizanat. Artizanul este un meșteșugar care caută să-și înfrumusețeze produsele, iar prin artizanat se înțelege producerea de bunuri lucrate cu artă. Dar aceste bunuri se realizează în serie, cu aceleași materiale și numai rareori forma și ornamentele diferă. Este cazul olăritului, al țesutului de covoare, al obiectelor în lemn sculptat. În chirurgie, activitatea se exprimă în unicate, în situații mult mai complexe și mai variate, iar rezultatele se apreciază mai mult prin conținutul de ordin etic.

În fine, sînt și astăzi mult folosiți termenii de măestrie, virtuozitate și artă pentru a ilustra tehnica înaltă de care dă dovadă chirurgul în cursul efectuării intervenției operatorii.

În chirurgie, prin tehnică se înțelege ansamblul de metode, procedee și reguli, îmbinate armonios, de care uzează operatorul în efectuarea variatelor intervenții sîngerînde. Intervențiile sînt descrise pe larg în tratatele de tehnică operatorie, sînt prezentate principiile călăuzitoare, timpii operatori sînt expuși în detaliu, totul însoțit de figuri explicative din cele mai grăitoare. Tehnicile operatorii sînt foarte variate, uneori același obiectiv poate fi realizat prin mai multe metode, astfel că operatorul are posibilitatea de a alege. Fiecare chirurg manifestă însă unele preferințe, pe care le inculcă și elevilor, iar aceștia își desfășoară activitatea în spiritul maeștrilor. Dar, fiecare, luat în parte, manifestă de-a lungul anilor o anumită mobilitate, care îi face să adopte noi metode sau alte variante în cursul aceleiași metode. Ceea ce nu se schimbă însă sînt unele procedee de ordin tehnic, comune diferitelor operații.

Printre procedeele habituale se situează pe prim plan deprinderile, care reprezintă componentele automatizate ale activității operatorii. În orice operație se practică ligaturi, se fac noduri, se efectuează suturi, care sînt toate deprinderi cu anumite caracteristici. În formarea deprinderilor, precum cele menționate mai sus, se pot identifica mai multe faze. Prima fază este cea de organizare și însușire a deprinderii, unde își spune cuvîntul conștientul. Se stabilește scopul, se aleg mijloacele, se articulează între ele diferitele părți. Este perioada de învățare, care cere uneori un mare efort voluntar, pînă ce deprinderea devine o unitate funcțională. Faza a doua constă în exersarea acțiunii. Prin exersare, deprinderea cîștigă în siguranță și se automatizează progresiv, reducîndu-se tot mai mult rolul conștientului. În faza ce urmează, deprinderea se include în contextul mai larg al activității, în cazul nostru în practica chirurgicală, conferă precizie gesturilor și, prin rapiditatea execuției, duce la economie de timp. În același timp, deprinderea capătă un caracter de stabilitate.

În activitatea operatorie, deși unele deprinderi apar numai ca acte motorii automatizate, ele nu se reduc la sfera motricității. Este vorba de acțiuni psihomotorii, care își perfecționează progresiv partea executorie.

Participarea lor în cursul desfășurării operației rămîne însă permanent sub controlul conștientului. Oricît ar fi de automatizate, deprinderile operatorii sînt puse în mișcare, conduse și controlate prin gîndire. Ele reprezintă, este adevărat, o condiție indispensabilă în desfășurarea activității, dar nici cele mai perfecționate, fără comandă centrală, nu pot servi la nimic. Această comandă este determinată de stimulii care pleacă din plagă, sînt precepuți de operator prin văz sau tact și transformați cortical în semnale, care determină intervenția deprinderilor în activitatea desfășurată la masa de operație. Și, cu cît activitatea este mai complexă intră în joc, tot prin comandă de la un centru, un număr mai mare și mai variat de deprinderi, mai simple sau mai complexe, organizate în stereotipuri dinamice, bazate pe reflexe condiționate. Or, toate acestea sînt legate de activitatea emisferelor cerebrale, ilustrînd capacitatea intelectuală a operatorului.

Din cele de mai sus reiese rolul precumpănitor al gîndirii și în cazul celor mai automatizate dintre deprinderi. Gîndirea deține rolul hotărîtor în întreaga desfășurare a operației, începînd cu incizia tegumentelor, continuînd cu efectuarea timpilor operatori, ce se succed într-o anumită ordine, și terminînd cu refacerea continuității țesuturilor. Unele operații, mai ales cele mici și mijlocii, se practică în stare de relaxare intelectuală și sînt de obicei intercalate între operațiile mari. Acestea din urmă solicită însă tot timpul gîndirea și necesită eforturi de concentrare maximă în unele momente. Sînt situații cînd operatorul se află în fața unor obstacole neprevăzute, greu de rezolvat sau în împrejurări cînd trebuie să ia decizii, care pot fi hotărîtoare pentru soarta bolnavului, fără a dispune de datele necesare unei conduite ferme, cu sorți siguri de izbîndă. În aceste momente, capacitatea intelectuală a chirurgului își spune cuvîntul și se impune, în mod netăgăduit, primatul gîndirii în chirurgie. Asupra acestei probleme am insistat pe larg în monografii anterioare, astfel că aici mă mulțumesc cu cîteva citate reflectînd părerile unor mari chirurgi. Tixier, de exemplu, exprimă această idee într-o formulă din cele mai simple: „*Mîna nu tremură cînd creierul nu ezită*". O spune în discursul ținut la deschiderea Congresului francez de chirurgie din 1929. Jean Louis Faure, cîțiva ani mai tîrziu, afirmă: „*O operație, înțeleg o operație grea, este mai mult o operație a spiritului decît o muncă manuală. Mîna nu face decît să se supună, creierul este cel care comandă*". La rîndul său, Forgue subliniază faptul că actul operator este, înainte de toate, o creație conștientă: „*Mîna nu este decît servanta creierului și se supune directivelor sale, precisă sau ezitantă, domoală sau bruscă*". Dar, cel mai elocvent este William Mayo, care merită un citat mai amplu: „*Chirurgia este mai mult o chestiune de înțelegere mintală decît de dexteritate. Dacă mă gîndesc la trecut, la oamenii care m-au influențat atît de mult, ajung la concluzia că influența lor nu a stat în îndemînare, ci în marile lor calități mintale*". Și tot el spune mai departe un adevăr ce are un caracter de perenitate: „*Mă gîndesc că oricare dintre noi, care a lucrat în această profesiune, a înțeles că mulți operatori îndemînatici nu sînt chirurgi buni*". Aceasta înseamnă că atunci cînd un chirurg este pus el însuși să aleagă între mai mulți operatori, se încredințează aceluia care dispune de mai multă experiență și este mai luminat intelectual.

Aceasta nu înseamnă nicidecum că trebuie subestimată mîna. Mîna este instrumentul instrumentelor, ea permite chirurgului să își înfăptuiască opera și îi conferă strălucire. Creierul și mîna formează o adevărată unitate funcțională, s-ar putea spune, într-o evaluare pe plan morfofuncțional, un

singur organ. Un chirurg stîngaci este greoi în mișcări, confuz în acțiuni, operează fără ritmicitate, cu ezitări și multiple reveniri. În cazurile mai complicate, un asemenea chirurg pierde controlul hemostazei și se enervează. Iar dacă deficitul manual se asociază și cu un deficit intelectual, situația devine de-a dreptul tragică. În chirurgie, așa cum am văzut la primul capitol, o dotare medie de la natură, cu privire la manualitate, este suficientă, pentru că aceasta se dezvoltă îndestulător în cursul activității, permițînd obținerea de rezultate pe deplin satisfăcătoare. Subdotarea manuală are însă un caracter prohibitiv cu privire la practica chirurgicală. Din fericire, asemenea cazuri sînt excepționale, întrucît se produce o selecție, determinată de factori interni sau impusă din exterior.

În încheierea acestui capitol, cîteva cuvinte despre locul pe care tehnica îl ocupă în viața chirurgului. Aici este necesar să se facă o distincție între tehnica, considerată pe plan general, și tehnica operatorie, în sens restrîns. Credința în atotputernicia tehnicii și speranța că aceasta va asigura omenirii un viitor fericit datează din antichitate. În zilele noastre însă, această perspectivă apare tot mai îndoielnică. Uriașul salt determinat de evoluția științei și a tehnicii face să tremure din toate încheieturile civilizația actuală. Mai mult chiar, la orizont se întrezărește o adevărată catastrofă, asupra căreia ecologii atrag tot mai mult atenția. Însăși energia atomică, salutară dar tot atîta de temut, riscă să scape de sub control.

În ce privește tehnica operatorie, aceasta trebuie privită de pe alte poziții. Intervenția operatorie face parte din viața chirurgului, exprimă bucuria lui de a munci și îi definește cel mai bine personalitatea. Cînd este solicitat de un bolnav pentru operație, citești în ochii lui încredere și intuiești speranța lui în reușită. Plecat în concediu, este cu gîndul tot la sala de operație, unde au loc marile bătălii. Se luptă zi de zi cu răul și cu boli ce posedă uneori rădăcini adînc înfipte în trupul semenilor săi. Această luptă îi dă puteri și nici o bătălie nu este dinainte pierdută. Iar mersul înainte și progresele mereu înregistrate în domeniul tehnicii operatorii îi permit să se înalțe pe culmile măestriei și să obțină realizări ce fac imposibilul posibil. Așa au putut fi înfăptuite grefele de organe, operațiile pe cord deschis și reimplantările de membre. Succese de asemenea proporții fac cinste chirurgiei și onorează chirurgii.

„Dacă aș avea onoarea să fiu chirurg [...]" spunea Pasteur...